AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5®

5.ª edición



MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

5.ª EDICIÓN

DSM-5®

Traducción y revisión científica efectuada por el CIBERSAM

Equipo de traducción de la edición española:

Coordinadores de la traducción

Dr. Celso Arango López
Jefe de Servicio de Psiquiatría.
Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
Profesor Titular de Psiquiatría,
Universidad Complutense de Madrid.
Director científico del CIBERSAM
(Centro de Investigación Biomédica En Red
de Salud Mental).

Dr. José Luis Ayuso Mateos
Catedrático de Psiquiatría,
Universidad Autónoma de Madrid.
Coordinador de las Unidades de Salud Mental,
Hospital Universitario La Princesa.
Investigador del CIBERSAM.

Dr. Eduard Vieta Pascual
Profesor Titular, Dpto. de Psiquiatría
y Psicobiología clínica,
Universidad de Barcelona.
Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología,
Hospital Clinic Barcelona.
Investigador del IDIBAPS (Institut D´Investigacions
Biomèdiques August Pi i Sunyer) y del CIBERSAM.

Traductores

Dra. Alexandra Bagney Lifante
Especialista en Psiquiatría,
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Instituto de Investigación i+12.
Profesor Asociado,
Universidad Complutense de Madrid.
Investigadora del CIBERSAM.

Dra. Inmaculada Baeza Pertegaz
Hospital Clinic Barcelona.
Consultor del Servicio de Psiquiatría
y Psicología infantojuvenil.
Investigadora del IDIBAPS y del CIBERSAM.

Dra. Teresa Bobes Bascarán
Investigadora del CIBERSAM.

Dra. Pilar López García
Profesor Contratado Doctor.
Departamento de Psiquiatría.
Facultad de Medicina.
Universidad Autónoma de Madrid.
Investigadora del CIBERSAM.

Dra. Paula Suárez Pinilla
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla,
Servicio de Psiquiatría, Santander.
Investigadora del CIBERSAM y del IDIVAL
(Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla)

Comité del CIBERSAM responsable de la revisión científica de la edición española a cargo de los doctores:

Coordinadores: José Luís Ayuso, Eduard Vieta, Celso Arango

Comité científico integrado por: Celso Arango López, Francesc Artigas Pérez, José Luis Ayuso Mateos, Miquel Bernardo Arroyo, Josefina Castro Fornieles, Julio Bobes García, Jorge A. Cervilla Ballesteros, Manuel Desco Menéndez, Lourdes Fañanás Saura, Ana González-Pinto Arrillaga, Josep Maria Haro Abad, Juan Carlos Leza Cerro, Antonio Lobo Satué, Peter J. Mckenna, José Javier Meana Martínez, José Manuel Menchón Magriña, Juan Antonio Micó Segura, Tomás Palomo Álvarez, Ángel Armando Pazos Carro, Víctor Pérez Sola, Jerónimo Saiz Ruiz, Julio Sanjúan Arias, Rafael Tabares Seisdedos, Eduard Vieta Pascual y Benedicto-Crespo Facorro.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

5.ª EDICIÓN

DSM-5®





BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - PORTO ALEGRE
www.medicapanamericana.com

Publicado originalmente en Estados Unidos de América por la American Psychiatric Publishing, una división de la American Psychiatric Association, Arlington, VA. © 2013. Todos los derechos reservados.
First Published in the United States by American Psychiatric Publishing, a Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013. All rights reserved.

Publicado originalmente en español, en España y Latinoamérica, por Editorial Médica Panamericana, editor en exclusiva de la versión en español del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5ª Ed. © 2014, para su distribución en España y Latinoamérica.
First published in Spain and Latin America by Editorial Médica Panamericana in Spanish. Editorial Médica Panamericana is the exclusive publisher of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2014 in Spanish in Spain and Latin America.

Traducción y revisión científica de Editorial Médica Panamericana, efectuada por CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental). Directores de la traducción: Dr. Celso Arango López, Dr. José Luis Ayuso Mateos y Dr. Eduard Vieta Pascual. Traductores: Dra. Teresa Bobes Bascarán, Dra. Paula Suárez Pinilla, Dra. Pilar López García, Dra. Alexandra Bagney Lifante y Dra. Inmaculada Baeza Pertegaz.



Visite nuestra página web:
http://www.medicapanamericana.com

ARGENTINA
Marcelo T. de Alvear 2.145 (C 1122 AAG)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4821-2066 / Fax: (54-11) 4821-1214
e-mail: info@medicapanamericana.com

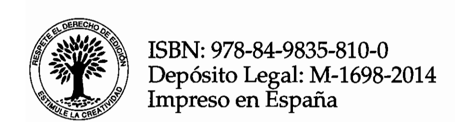
COLOMBIA
Carrera 7a A Nº 69-19 - Bogotá DC- Colombia.
Tel.: (57-1) 235-4068 / Fax: (57-1) 345-0019
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.co

ESPAÑA
Quintanapalla, 8, 4.ª planta - 28050 Madrid, España
Tel.: (34-91) 131-78-00 / Fax: (34-91) 457-09-19
e-mail: info@medicapanamericana.es

MÉXICO
Hegel 141, 2.º piso. Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo - 11570 - México D.F., México
Tel.: (52-55) 5262-9470/5203-0176 / Fax: (52-55) 2624-2827
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.mx

VENEZUELA
Edificio Polar, Torre Oeste, Piso 6, Of. 6-C
Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos,
Parroquia El Recreo, Municipio Libertador - Caracas Depto. Capital Venezuela
Tel.: (58-212) 793-2857/6906/5985/1666
Fax: (58-212) 793-5885
e-mail: info@medicapanamericana.com.ve

La cita correcta de este libro es Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.



ISBN: 978-84-9835-810-0
Depósito Legal: M-1698-2014
Impreso en España

Índice

Sección I
Conceptos básicos del DSM-5

Sección II
Criterios y códigos diagnósticos

Sección III

Medidas y modelos emergentes

Apéndice

Comité elaborador del DSM-5

DAVID J. KUPFER, M.D.
Presidente del comité elaborador

DARREL A. REGIER, M.D., M.P.H.
Vicepresidente del comité elaborador

William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Director de investigación*

Susan K. Schultz, M.D., *Editor del texto*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *Editor del texto de la APA*

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
William T. Carpenter Jr., M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Jan A. Fawcett, M.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D. *(2009–)*
Steven E. Hyman, M.D. *(2007–2012)*
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007–2011)*
Helena C. Kraemer, Ph.D.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Howard B. Moss, M.D. *(2007–2009)*

Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Daniel S. Pine, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Maritza Rubio-Stipec, Sc.D.
David Shaffer, M.D.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007–2012)*
William M. Womack, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., *Consultor*

División de personal de investigación del DSM-5 de la APA

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., *Director de la división de investigación*
William E. Narrow, M.D., M.P.H., *Director asociado*
Emily A. Kuhl, Ph.D., *Escritor científico sénior; editor del texto*
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc., *Estadístico de investigación*

Lisa H. Greiner, M.S.S.A., *Director técnico de los ensayos de campo del DSM-5*
Eve K. Moscicki, Sc.D., M.P.H., *Director, red de investigación práctica*
S. Janet Kuramoto, Ph.D., M.H.S., *Investigador científico asociado sénior, red de investigación práctica*

Amy Porfiri, M.B.A. *Director de finanzas y administración*

Jennifer J. Shupinka, *Director asociado, Operaciones DSM*
Seung-Hee Hong, *Investigador DSM asociado sénior*
Anne R. Hiller, *Investigador DSM asociado*
Alison S. Beale, *Investigador DSM asociado*
Spencer R. Case, *Investigador DSM asociado*

Joyce C. West, Ph.D., M.P.P., *Director de investigación de políticas sanitarias, red de investigación práctica*
Farifteh F. Duffy, Ph.D., *Director de investigación de calidad de cuidados, red de investigación práctica*
Lisa M. Countis, *Director técnico de operaciones de campo, red de investigación práctica*

Christopher M. Reynolds, *Ayudante ejecutivo*

Oficina del Director Médico de la APA

JAMES H. SCULLY JR., M.D.
Director médico y director ejecutivo

Consultores editoriales y de codificación

Michael B. First, M.D.
Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P

Grupos de trabajo del DSM-5

TDAH y trastornos disruptivos y de conducta

DAVID SHAFFER, M.D.
Presidente

F. XAVIER CASTELLANOS, M.D.
Copresidente

Paul J. Frick, Ph.D., *Coordinador del texto*
Glorisa Canino, Ph.D.
Terrie E. Moffitt, Ph.D.
Joel T. Nigg, Ph.D.
Luis Augusto Rohde, M.D., Sc.D.
Rosemary Tannock, Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
Richard Todd, Ph.D., M.D. *(m. 2008)*

Trastornos de ansiedad, del espectro obsesivo-compulsivo, postraumáticos y disociativos

KATHARINE A. PHILLIPS, M.D.
Presidente

Michelle G. Craske, Ph.D., *Coordinador del texto*
J. Gavin Andrews, M.D.
Susan M. Bögels, Ph.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Eric Hollander, M.D. *(2007–2009)*
Roberto Lewis-Fernández, M.D., M.T.S.
Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
Scott L. Rauch, M.D.
H. Blair Simpson, M.D., Ph.D.
David Spiegel, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Murray B. Stein, M.D.
Robert J. Ursano, M.D.
Hans-Ulrich Wittchen, Ph.D.

Trastornos de la infancia y la adolescencia

DANIEL S. PINE, M.D.
Presidente

Ronald E. Dahl, M.D.
E. Jane Costello, Ph.D. *(2007–2009)*
Regina Smith James, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
James F. Leckman, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Judith H. L. Rapoport, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.

Trastornos de la conducta alimentaria

B. TIMOTHY WALSH, M.D.
Presidente

Stephen A. Wonderlich, Ph.D., *Coordinador del texto*
Evelyn Attia, M.D.
Anne E. Becker, M.D., Ph.D., Sc.M.
Rachel Bryant-Waugh, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
James E. Mitchell, M.D.
Ruth H. Striegel-Moore, Ph.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Barbara E. Wolfe, Ph.D. A.P.R.N.

Trastornos del estado de ánimo

JAN A. FAWCETT, M.D.
Presidente

Ellen Frank, Ph.D., *Coordinador del texto*
Jules Angst, M.D. *(2007–2008)*
William H. Coryell, M.D.
Lori L. Davis, M.D.
Raymond J. DePaulo, M.D.
Sir David Goldberg, M.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D., Ph.D. *(2007–2010)*
Mario Maj, M.D., Ph.D.
Husseini K. Manji, M.D. *(2007–2008)*
Michael R. Phillips, M.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Carlos A. Zarate, M.D.

Trastornos neurocognitivos

DILIP V. JESTE, M.D. (2007–2011)
Presidente emérito

DAN G. BLAZER, M.D., PH.D., M.P.H.
Presidente

RONALD C. PETERSEN, M.D., PH.D.
Copresidente

Mary Ganguli, M.D., M.P.H., *Coordinador del texto*
Deborah Blacker, M.D., Sc.D.
Warachal Faison, M.D. *(2007–2008)*
Igor Grant, M.D.
Eric J. Lenze, M.D.
Jane S. Paulsen, Ph.D.
Perminder S. Sachdev, M.D., Ph.D.

Trastornos del neurodesarrollo

SUSAN E. SWEDO, M.D.
Presidente

Gillian Baird, M.A., M.B., B.Chir., *Coordinador del texto*
Edwin H. Cook Jr., M.D.
Francesca G. Happé, Ph.D.
James C. Harris, M.D.
Walter E. Kaufmann, M.D.
Bryan H. King, M.D.
Catherine E. Lord, Ph.D.
Joseph Piven, M.D.
Sally J. Rogers, Ph.D.
Sarah J. Spence, M.D., Ph.D.
Fred Volkmar, M.D. *(2007–2009)*
Amy M. Wetherby, Ph.D.
Harry H. Wright, M.D.

Personalidad y trastornos de la personalidad[1]

ANDREW E. SKODOL, M.D.
Presidente

JOHN M. OLDHAM, M.D.
Copresidente

Robert F. Krueger, Ph.D., *Coordinador del texto*
Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Carl C. Bell, M.D.
Donna S. Bender, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
W. John Livesley, M.D., Ph.D. *(2007–2012)*
Leslie C. Morey, Ph.D.
Larry J. Siever, M.D.
Roel Verheul, Ph.D. *(2008–2012)*

---

[1]Los miembros del *Grupo de trabajo para la personalidad y los trastornos de la personalidad* son los responsables del modelo alternativo para los trastornos de la personalidad del DSM-5 que se incluye en la Sección III. Los criterios y el texto de los trastornos de la personalidad que aparecen en la Sección II se mantienen (con una actualización del texto) como en el DSM-IV-TR.

Trastornos psicóticos

WILLIAM T. CARPENTER JR., M.D.
Presidente

Deanna M. Barch, Ph.D., *Coordinador del texto*
Juan R. Bustillo, M.D.
Wolfgang Gaebel, M.D.
Raquel E. Gur, M.D., Ph.D.
Stephan H. Heckers, M.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.S.P.H.
Michael J. Owen, M.D., Ph.D.
Susan K. Schultz, M.D.
Rajiv Tandon, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Jim van Os, M.D.

Trastornos sexuales y de identidad de género

KENNETH J. ZUCKER, PH.D.
Presidente

Lori Brotto, Ph.D., *Coordinador del texto*
Irving M. Binik, Ph.D.
Ray M. Blanchard, Ph.D.
Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D.
Jack Drescher, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Martin P. Kafka, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Niklas Långström, M.D., Ph.D.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
Friedemann Pfäfflin, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.

Trastornos del sueño-vigilia

CHARLES F. REYNOLDS III, M.D.
Presidente

Ruth M. O'Hara, Ph.D., *Coordinador del texto*
Charles M. Morin, Ph.D.
Allan I. Pack, Ph.D.
Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.
Susan Redline, M.D., M.P.H.
Dieter Riemann, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

JOEL E. DIMSDALE, M.D.
Presidente

James L. Levenson, M.D., *Coordinador del texto*
Arthur J. Barsky III, M.D.
Francis Creed, M.D.
Nancy Frasure-Smith, Ph.D. *(2007–2011)*
Michael R. Irwin, M.D.
Francis J. Keefe, Ph.D. *(2007–2011)*
Sing Lee, M.D.
Michael Sharpe, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.

Trastornos relacionados con sustancias

CHARLES P. O'BRIEN, M.D., PH.D.
Presidente

THOMAS J. CROWLEY, M.D.
Copresidente

Wilson M. Compton, M.D., M.P.E., *Coordinador del texto*
Marc Auriacombe, M.D.
Guilherme L. G. Borges, M.D., Dr.Sc.
Kathleen K. Bucholz, Ph.D.
Alan J. Budney, Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Deborah S. Hasin, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D. *(2007–2008)*
Walter Ling, M.D.
Spero M. Manson, Ph.D. *(2007-2008)*
A. Thomas McLellan, Ph.D. *(2007–2008)*
Nancy M. Petry, Ph.D.
Marc A. Schuckit, M.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D. *(2007–2008)*

Grupos de estudio del DSM-5

Espectros diagnósticos y armonización DSM/CIE

STEVEN E. HYMAN, M.D.
Presidente (2007–2012)

William T. Carpenter Jr., M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Jan A. Fawcett, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
John M. Oldham, M.D.
Katharine A. Phillips, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

Aproximaciones al desarrollo a lo largo de la vida

ERIC J. LENZE, M.D.
Presidente

SUSAN K. SCHULTZ, M.D.
Presidente emérito

DANIEL S. PINE, M.D.
Presidente emérito

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Wilson M. Compton, M.D., M.P.E.
Daniel T. Mamah, M.D., M.P.E.
Andrew E. Skodol II, M.D.
Susan E. Swedo, M.D.

Aspectos de género y transculturales

KIMBERLY A. YONKERS, M.D.
Presidente

ROBERTO LEWIS-FERNÁNDEZ, M.D., M.T.S.
Copresidente, Aspectos transculturales

Renato D. Alarcon, M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Ellen Frank, Ph.D.
James S. Jackson, Ph.D.
Spiro M. Manson, Ph.D. *(2007–2008)*
James P. McNulty, A.B., Sc.B.
Leslie C. Morey, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
Roger Peele, M.D.
Philip Wang, M.D., Dr.P.H. *(2007–2012)*
William M. Womack, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

Interrelación psiquiatría/medicina general

LAWSON R. WULSIN, M.D.
Presidente

Ronald E. Dahl, M.D.
Joel E. Dimsdale, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Dilip V. Jeste, M.D. *(2007–2011)*
Walter E. Kaufmann, M.D.
Richard E. Kreipe, M.D.
Ronald C. Petersen, Ph.D., M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.
Robert Taylor Segraves, M.D., Ph.D.
B. Timothy Walsh, M.D.

Disfunción y discapacidad

JANE S. PAULSEN, PH.D.
Presidente

J. Gavin Andrews, M.D.
Glorisa Canino, Ph.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Michelle G. Craske, Ph.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica

JACK D. BURKE JR., M.D., M.P.H.
Presidente

Lee Anna Clark, Ph.D.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
William E. Narrow, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Grupo de investigación del DSM-5

WILLIAM E. NARROW, M.D., M.P.H.
Presidente

Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Diana E. Clarke, Ph.D., M.Sc.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
David Shaffer, M.D.

Especificadores del curso y glosario

WOLFGANG GAEBEL, M.D.
Presidente

Ellen Frank, Ph.D.
Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D., *Consultor*
Susan K. Schultz, M.D.
Dan J. Stein, M.D., Ph.D.
Eric A. Taylor, M.B.
David J. Kupfer, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.

<= Ir al Índice

Clasificación del DSM-5

Antes del nombre de cada trastorno, se indica el código CIE-9-MC seguido del código CIE-10-MC entre paréntesis. Las líneas en blanco indican que el código CIE-9-MC o CIE-10-MC no es aplicable. En algunos trastornos, el código se puede indicar únicamente de acuerdo con el subtipo o el especificador.

Los códigos CIE-9-MC se utilizarán a efectos de codificación en Estados Unidos hasta el 30 de septiembre de 2014 y los códigos CIE-10-MC se utilizarán a partir del 1 de octubre de 2014.

Después del título del capítulo y del nombre del trastorno, se incluye entre paréntesis el número de página del texto o criterios correspondientes.

Nota para todos los trastornos mentales debidos a otra afección médica: El nombre de la otra afección médica se indica en el nombre del trastorno mental debido a [la afección médica]. El código y el nombre de la otra afección médica se indicarán en primer lugar inmediatamente antes del trastorno mental debido a la afección médica.

Trastornos del neurodesarrollo (31)

Discapacidad intelectual (33)

___.__ (___.__) Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (33)
Especificar la gravedad actual:

317 (F70) Leve

318.0 (F71) Moderado

318.1 (F72) Grave

318.2 (F73) Profundo

315.8 (F88) Retraso global del desarrollo (41)

319 (F79) Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada (41)

Trastornos de la comunicación (41)

315.32 (F80.2) Trastorno del lenguaje (42)

315.39 (F80.0) Trastorno fonológico (44)

315.35 (F80.81) Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) (45)

Nota: Los casos de inicio más tardío se diagnostican como 307.0 (F98.5) trastorno de la fluidez de inicio en el adulto.

315.39 (F80.89) Trastorno de la comunicación social (pragmático) (47)

307.9 (F80.9) Trastorno de la comunicación no especificado (49)

Trastorno del espectro autista (50)

299.00 (F84.0) Trastorno del espectro autista (50)
Especificar si: Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos; Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento
Especificar la gravedad actual de los Criterios A y de los Criterios B: Necesita ayuda muy notable, Necesita ayuda notable, Necesita ayuda
Especificar si: Con o sin discapacidad intelectual acompañante, Con o sin deterioro del lenguaje acompañante, Con catatonía (utilizar el código adicional 293.89 [F06.1])

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (59)

___.__ (___.__) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (59)
Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva
Especificar si: En remisión parcial
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

314.01 (F90.8) Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado (65)

314.01 (F90.9) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado (66)

Trastorno específico del aprendizaje (66)

___.__ (___.__) Trastorno específico del aprendizaje (66)
Especificar si:

315.00 (F81.0) Con dificultades en la lectura (especificar si con precisión en la lectura de palabras, velocidad o fluidez de la lectura, comprensión de la lectura)

315.2 (F81.81) Con dificultad en la expresión escrita (especificar si con corrección ortográfica, corrección gramatical y de la puntuación, claridad u organización de la expresión escrita)

315.1 (F81.2) Con dificultad matemática (especificar si con sentido de los números, memorización de operaciones aritméticas, cálculo correcto o fluido, razonamiento matemático correcto)
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

Trastornos motores (74)

315.4 (F82) Trastorno del desarrollo de la coordinación (74)

307.3 (F98.4) Trastorno de movimientos estereotipados (77)
Especificar si: Con comportamiento autolesivo, Sin comportamiento autolesivo

Especificar si: Asociado a una afección médica o genética, a un trastorno del neurodesarrollo o a un factor ambiental conocidos
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

Trastornos de tics

307.23 (F95.2) Trastorno de Gilles la Tourette (81)

307.22 (F95.1) Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) (81)
Especificar si: Sólo con tics motores, Sólo con tics vocales

307.21 (F95.0) Trastorno de tics transitorio (81)

307.20 (F95.8) Otro trastorno de tics especificado (85)

307.20 (F95.9) Trastorno de tics no especificado (85)

Otros trastornos del neurodesarrollo (86)

315.8 (F88) Otro trastorno del neurodesarrollo especificado (86)

315.9 (F89) Trastorno del neurodesarrollo no especificado (86)

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (87)

Los siguientes especificadores se aplican al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en los casos indicados:

[a]*Especificar* si: Los siguientes especificadores del curso sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno: Primer episodio, actualmente en episodio agudo; Primer episodio, actualmente en remisión parcial; Primer episodio, actualmente en remisión total; Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo; Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial; Episodios múltiples, actualmente en remisión total; Continuo; No especificado

[b]*Especificar* si: Con catatonía (utilizar el código adicional 293.89 [F06.1])

[c]*Especificar* la gravedad actual de los delirios, alucinaciones, habla desorganizada, conducta psicomotora anómala, síntomas negativos, deterioro cognitivo, depresión y síntomas maníacos

301.22 (F21) Trastorno esquizotípico (de la personalidad) (90)

297.1 (F22) Trastorno delirante[a, c] (90)
Especificar si: Tipo erotomaníaco, Tipo de grandeza, Tipo celotípico, Tipo persecutorio, Tipo somático, Tipo mixto, Tipo no especificado
Especificar si: Con contenido extravagante

298.8 (F23) Trastorno psicótico breve[b, c] (94)
Especificar si: Con factor(es) de estrés notable(s), Sin factor(es) de estrés notable(s), Con inicio posparto

295.40 (F20.81) Trastorno esquizofreniforme[b, c] (96)
Especificar si: Con características de buen pronóstico, Sin características de buen pronóstico

295.90 (F20.9) Esquizofrenia[a, b, c] (99)

___.__ (___.__) Trastorno esquizoafectivo[a, b, c] (105)
Especificar si:
295.70 (F25.0) Tipo bipolar
295.70 (F25.1) Tipo depresivo

___.__ (___.__) Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos[c] (110)
Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9 MC y CIE-10-MC.
Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia

___.__ (___.__) Trastorno psicótico debido a otra afección médica[c] (115)
Especificar si:
293.81 (F06.2) Con delirios
293.82 (F06.0) Con alucinaciones
293.89 (F06.1) Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía) (119)

293.89 (F06.1) Trastorno catatónico debido a otra afección médica (120)

293.89 (F06.1) Catatonía no especificada (121)
Nota: Codificar en primer lugar **781.99 (R29.818)** otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético.

298.8 (F28) Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico (122)

298.9 (F29) Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico (122)

Trastorno bipolar y trastornos relacionados (123)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos bipolar y trastornos relacionados en los casos indicados:

[a]*Especificar*: Con ansiedad (*especificar* la gravedad actual: leve, moderado, moderado-grave, grave); Con características mixtas; Con ciclos rápidos; Con características melancólicas; Con características atípicas; Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo; Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo; Con catatonía (utilizar el código adicional 293.89 [F06.1]); Con inicio durante el periparto; Con patrón estacional

___.__ (___.__) Trastorno bipolar I[a] (123)
___.__ (___.__) Episodio maníaco actual o más reciente
296.41 (F31.11) Leve
296.42 (F31.12) Moderado
296.43 (F31.13) Grave
296.44 (F31.2) Con características psicóticas
296.45 (F31.73) En remisión parcial
296.46 (F31.74) En remisión total
296.40 (F31.9) No especificado

296.40 (F31.0) Episodio hipomaníaco actual o más reciente
296.45 (F31.71) En remisión parcial
296.46 (F31.72) En remisión total
296.40 (F31.9) No especificado

___.__ (___.__) Episodio depresivo actual o más reciente
296.51 (F31.31) Leve
296.52 (F31.32) Moderado
296.53 (F31.4) Grave
296.54 (F31.5) Con características psicóticas
296.55 (F31.75) En remisión parcial
296.56 (F31.76) En remisión total
296.50 (F31.9) No especificado

296.7 (F31.9) Episodio no especificado actual o más reciente

296.89 (F31.81) Trastorno bipolar II[a] (132)

Especificar el episodio actual o más reciente: Hipomaníaco, Depresivo
Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: En remisión parcial, En remisión total
Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: Leve, Moderado, Grave

301.13 (F34.0) Trastorno ciclotímico (139)
Especificar si: Con ansiedad

___.__ (___.__) Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos (142)

Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.
Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia

293.83 (___.__) Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica (145)
Especificar si:
(F06.33) Con características maníacas
(F06.33) Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco
(F06.34) Con características mixtas

296.89 (F31.89) Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado (148)

296.80 (F31.9) Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado (149)

Trastornos depresivos (155)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos depresivos en los casos indicados:
[a]*Especificar*: Con ansiedad (especificar la gravedad actual: leve, moderado, moderado-grave, grave); Con características mixtas; Con características melancólicas; Con características atípicas; Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo; Con características psicóticas no congruen-

tes con el estado de ánimo; Con catatonía (utilizar el código adicional 293.89 [F06.1]); Con inicio en el periparto; Con patrón estacional

296.99 (F34.8) Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (156)

___.__ (___.__) Trastorno de depresión mayor[a] (160)
___.__ (___.__) Episodio único
296.21 (F32.0) Leve
296.22 (F32.1) Moderado
296.23 (F32.2) Grave
296.24 (F32.3) Con características psicóticas
296.25 (F32.4) En remisión parcial
296.26 (F32.5) En remisión total
296.20 (F32.9) No especificado

___.__ (___.__) Episodio recurrente
296.31 (F33.0) Leve
296.32 (F33.1) Moderado
296.33 (F33.2) Grave
296.34 (F33.3) Con características psicóticas
296.35 (F33.41) En remisión parcial
296.36 (F33.42) En remisión total
296.30 (F33.9) No especificado

300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia)[a] (168)
Especificar si: En remisión parcial, En remisión total
Especificar si: Inicio temprano, Inicio tardío
Especificar si: Con síndrome distímico puro; Con episodio de depresión mayor persistente; Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual; Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

625.4 (N94.3) Trastorno disfórico premenstrual (171)

___.__ (___.__) Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento (175)
Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.
Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia

293.83 (___.__) Trastorno depresivo debido a otra afección médica (180)
Especificar si:
(F06.31) Con características depresivas
(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor
(F06.34) Con características mixtas

311 (F32.8) Otro trastorno depresivo especificado (183)

311 (F32.9) Otro trastorno depresivo no especificado (184)

Trastornos de ansiedad (189)

309.21 (F93.0) Trastorno de ansiedad por separación (190)

313.23 (F94.0) Mutismo selectivo (195)

300.29 (___.__) Fobia específica (197)
Especificar si:
- **(F40.218)** Animal
- **(F40.228)** Entorno natural
- **(___.__)** Sangre-inyección-herida
  - **(F40.230)** Miedo a la sangre
  - **(F40.231)** Miedo a las inyecciones y transfusiones
  - **(F40.232)** Miedo a otra atención médica
  - **(F40.233)** Miedo a una lesión
- **(F40.248)** Situacional
- **(F40.298)** Otra

300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social) (202)
Especificar si: Sólo actuación

300.01 (F41.0) Trastorno de pánico (208)

___.__ (___.__) Especificador de ataque de pánico (214)

300.22 (F40.00) Agorafobia (217)

300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada (222)

___.__ (___.__) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (226)
Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.
Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del consumo de medicamentos

293.84 (F06.4) Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (230)

300.09 (F41.8) Otro trastorno de ansiedad especificado (233)

300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado (233)

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (235)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados en los casos indicados:

[a]*Especificar* si: Con introspección buena o aceptable, Con poca introspección, Con ausencia de introspección/con creencias delirantes

300.3 **(F42)** Trastorno obsesivo-compulsivo[a] (237)
Especificar si: Relacionado con tics

300.7 **(F45.22)** Trastorno dismórfico corporal[a] (242)
Especificar si: Con dismorfia muscular

300.3 **(F42)** Trastorno de acumulación[a] (247)
Especificar si: Con adquisición excesiva

312.39 **(F63.3)** Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello) (251)

698.4 **(L98.1)** Trastorno de excoriación (rascarse la piel) (254)

___.__ **(___.__)** Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos (257)

Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.

Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después del consumo de medicamentos

294.8 **(F06.8)** Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica (260)

Especificar si: Con síntomas del tipo trastorno obsesivo-compulsivo, Con preocupación por el aspecto, Con síntomas de acumulación, Con síntomas de arrancarse el pelo, Con síntomas de rascarse la piel

300.3 **(F42)** Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados (263)

300.3 **(F42)** Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados (264)

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (265)

313.89 **(F94.1)** Trastorno de apego reactivo (265)
Especificar si: Persistente
Especificar la gravedad actual: Grave

313.89 **(F94.2)** Trastorno de relación social desinhibida (268)
Especificar si: Persistente
Especificar la gravedad actual: Grave

309.81 **(F43.10)** Trastorno de estrés postraumático (incluye el trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años (271)
Especificar si: Con síntomas disociativos
Especificar si: Con expresión retardada

308.3 **(F43.0)** Trastorno de estrés agudo (280)

___.__ **(___.__)** Trastornos de adaptación (286)
Especificar si:

309.0 **(F43.21)** Con estado de ánimo deprimido
309.24 **(F43.22)** Con ansiedad
309.28 **(F43.23)** Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido
309.3 **(F43.24)** Con alteración de la conducta

309.4	**(F43.25)**	Con alteración mixta de las emociones y la conducta
309.9	**(F43.20)**	Sin especificar
		Especificar si: Agudo, Persistente, Crónico
309.89	**(F43.8)**	Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado (289)
309.9	**(F43.9)**	Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado (290)

Trastornos disociativos (291)

300.14	**(F44.81)**	Trastorno de identidad disociativo (292)
300.12	**(F44.0)**	Amnesia disociativa (298)
		Especificar si:
300.13	**(F44.1)**	Con fuga disociativa
300.6	**(F48.1)**	Trastorno de despersonalización/desrealización (302)
300.15	**(F44.89)**	Otro trastorno disociativo especificado (306)
300.15	**(F44.9)**	Trastorno disociativo no especificado (307)

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (309)

300.82	**(F45.1)**	Trastorno de síntomas somáticos (311)
		Especificar si: Con predominio de dolor
		Especificar si: Persistente
		Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave
300.7	**(F45.21)**	Trastorno de ansiedad por enfermedad (315)
		Especificar si: Tipo con solicitud de asistencia, Tipo con evitación de asistencia
300.11	**(___.__)**	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (318)
		Especificar el tipo de síntoma:
	(F44.4)	Con debilidad o parálisis
	(F44.4)	Con movimiento anómalo
	(F44.4)	Con síntomas de la deglución
	(F44.4)	Con síntomas del habla
	(F44.5)	Con ataques o convulsiones
	(F44.6)	Con anestesia o pérdida sensitiva
	(F44.6)	Con síntoma sensitivo especial
	(F44.7)	Con síntomas mixtos
		Especificar si: Episodio agudo, Persistente
		Especificar si: Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés), Sin factor de estrés psicológico

316 **(F54)** Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (322)
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave, Extremo

300.19 **(F68.10)** Trastorno facticio (incluye trastorno facticio aplicado a uno mismo, trastorno facticio aplicado a otro) (324)
Especificar Episodio único, Episodios recurrentes

300.89 **(F45.8)** Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados (327)

300.82 **(F45.9)** Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados (327)

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (329)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en los casos indicados:
[a]*Especificar* si: En remisión
[b]*Especificar* si: En remisión parcial, En remisión total
[c]*Especificar* la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave, Extremo

307.52 **(___.__)** Pica[a] (329)
(F98.3) En niños
(F50.8) En adultos

307.53 **(F98.21)** Trastorno de rumiación[a] (332)

307.59 **(F50.8)** Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (334)

307.1 **(___.__)** Anorexia nerviosa[b, c] (338)
Especificar si:
(F50.01) Tipo restrictivo
(F50.02) Tipo con atracones/purgas

307.51 **(F50.2)** Bulimia nerviosa[b, c] (345)

307.51 **(F50.8)** Trastorno de atracones[b, c] (350)

307.59 **(F50.8)** Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado (353)

307.50 **(F50.9)** Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado (354)

Trastornos de la excreción (355)

307.6 **(F98.0)** Enuresis (355)
Especificar si: Sólo nocturna, Sólo diurna, Nocturna y diurna

307.7 **(F98.1)** Encopresis (357)
Especificar si: Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento; Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento

___.__ **(___.__)** Otro trastorno de la excreción especificado (359)

788.39 (N39.498) Con síntomas urinarios
787.60 (R15.9) Con síntomas fecales

___.__ (___.__) Trastorno de la excreción no especificado (201)
788.30 (R32) Con síntomas urinarios
787.60 (R15.9) Con síntomas fecales

Trastornos del sueño-vigilia (361)

Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos del sueño vigilia en los casos indicados:
[a]*Especificar* si: Episódico, Persistente, Recurrente
[b]*Especificar* si: Agudo, Subagudo, Persistente
[c]*Especificar* la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

307.42 (F51.01) Trastorno de insomnio[a] (362)
Especificar si: Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, Con otra afección médica concurrente, Con otro trastorno del sueño

307.44 (F51.11) Trastorno por hipersomnia[b, c] (368)
Especificar si: Con trastorno mental, Con afección médica, Con otro trastorno del sueño

___.__ (___.__) Narcolepsia[c] (372)
Especificar si:
347.00 (G47.419) Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina
347.01 (G47.411) Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina
347.00 (G47.419) Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia
347.00 (G47.419) Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes de tipo 2
347.10 (G47.429) Narcolepsia secundaria a otra afección médica

Trastornos del sueño relacionados con la respiración (378)

327.23 (G47.33) Apnea e hipopnea obstructiva del sueño[c] (378)

___.__ (___.__) Apnea central del sueño (383)
Especificar si:
327.21 (G47.31) Apnea central del sueño idiopática
786.04 (R06.3) Respiración de Cheyne-Stokes
780.57 (G47.37) Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos
Nota: Codificar en primer lugar el trastorno por consumo de opiáceos, si está presente.
Especificar la gravedad actual

___.__ (___.__) Hipoventilación relacionada con el sueño (387)
Especificar si:
327.24 (G47.34) Hipoventilación idiopática
327.25 (G47.35) Hipoventilación alveolar central congénita

327.26 (G47.36) Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño
Especificar la gravedad actual

___.__ (___.__) Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia[a] (390)
Especificar si:

307.45 (G47.21) Tipo de fase de sueño retrasada (391)
Especificar si: Familiar, Superposición a un tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas

307.45 (G47.22) Tipo de fases de sueño avanzadas (393)
Especificar si: Familiar

307.45 (G47.23) Tipo de sueño-vigilia irregular (394)

307.45 (G47.24) Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas (396)

307.45 (G47.26) Tipo asociado a turnos laborales (397)

307.45 (G47.20) Tipo no especificado

Parasomnias (399)

___.__ (___.__) Trastornos del despertar del sueño no REM (399)
Especificar si:

307.46 (F51.3) Tipo con sonambulismo
Especificar si: Con ingestión de alimentos relacionada con el sueño, Con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia)

307.46 (F51.4) Tipo con terrores nocturnos

307.47 (F51.5) Trastorno de pesadillas[b, c] (404)
Especificar si: Durante el inicio del sueño
Especificar si: Con trastorno asociado no relacionado con el sueño, Con otra afección médica asociada, Con otro trastorno del sueño asociado

327.42 (G47.52) Trastorno del comportamiento del sueño REM (407)

333.94 (G25.81) Síndrome de las piernas inquietas (410)

___.__ (___.__) Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos (413)
Nota: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.
Especificar si: Tipo con insomnio, Tipo con somnolencia diurna, Tipo con parasomnia, Tipo mixto
Especificar si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la retirada/abstinencia

780.52 (G47.09) Otro trastorno de insomnio especificado (420)

780.52 (G47.00) Trastorno de insomnio no especificado (420)

780.54 (G47.19) Otro trastorno de hipersomnia especificado (421)

780.54 (G47.10) Trastorno de hipersomnia no especificado (421)

780.59 (G47.8)	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado (421)
780.59 (G47.9)	Trastorno del sueño-vigilia no especificado (422)

Disfunciones sexuales (423)

Los siguientes especificadores se aplican a las disfunciones sexuales en los casos indicados:
[a]*Especificar* si: De por vida, Adquirido
[b]*Especificar* si: Generalizado, Situacional
[c]*Especificar* la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

302.74 (F52.32)	Eyaculación retardada[a, b, c] (424)
302.72 (F52.21)	Trastorno eréctil[a, b, c] (426)
302.73 (F52.31)	Trastorno orgásmico femenino[a, b, c] (429)
	Especificar si: Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación
302.72 (F52.22)	Trastorno del interés/excitación sexual femenino[a, b, c] (433)
302.76 (F52.6)	Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración[a, c] (437)
302.71 (F52.0)	Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón[a, b, c] (440)
302.75 (F52.4)	Eyaculación prematura (precoz)[a, b, c] (443)
___.__ (___.__)	Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos (446) **Nota:** Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para los códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC. *Especificar* si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Con inicio después de tomar el medicamento
302.79 (F52.8)	Otra disfunción sexual especificada (450)
302.70 (F52.9)	Disfunción sexual no especificada (450)

Disforia de género (451)

___.__ (___.__)	Disforia de género (452)
302.6 (F64.2)	Disforia de género en niños *Especificar* si: Con un trastorno de desarrollo sexual
302.85 (F64.1)	Disforia de género en adolescentes y adultos *Especificar* si: Con un trastorno de desarrollo sexual *Especificar* si: Postransición **Nota:** Codificar el trastorno de desarrollo sexual si está presente, además de la disforia de género.
302.6 (F64.8)	Otra disforia de género especificada (459)
302.6 (F64.9)	Disforia de género no especificada (459)

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (461)

313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante (462)
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

312.34 (F63.81) Trastorno explosivo intermitente (466)

___.__ (__.__) Trastorno de la conducta (469)
Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado
Especificar si: Con emociones prosociales limitadas
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

301.7 (F60.2) Trastorno de la personalidad antisocial (476)

312.33 (F63.1) Piromanía (476)

312.32 (F63.2) Cleptomanía (478)

312.89 (F91.8) Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado (479)

312.9 (F91.9) Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado (480)

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (481)

Los siguientes especificadores y la nota se aplican a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en los casos indicados:
[a]*Especificar* si: En remisión inicial, En remisión continuada
[b]*Especificar* si: En un entorno controlado
[c]*Especificar* si: Con alteraciones de la percepción
[d]El código CIE-10-MC indica la presencia concurrente de un trastorno de uso de sustancias moderado o grave, que debe estar presente a fin de aplicar el código para abstinencia de sustancias.

Trastornos relacionados con sustancias (483)

Trastornos relacionados con el alcohol (490)

___.__ (___.__) Trastorno por consumo de alcohol[a, b] (490)
Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve

303.90 (F10.20) Moderado

303.90 (F10.20) Grave

303.00 (___.__) Intoxicación por alcohol (497)

	(F10.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F10.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F10.929)	Sin trastorno por consumo
291.81	**(___.__)**	Abstinencia de alcohol[c, d] (499)
	(F10.239)	Sin alteraciones de la percepción
	(F10.232)	Con alteraciones de la percepción
___.__	(___.__)	Otros trastornos inducidos por el alcohol (502)
291.9	**(F10.99)**	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (503)

Trastornos relacionados con la cafeína (503)

305.90	**(F15.929)**	Intoxicación por cafeína (503)
292.0	**(F15.93)**	Abstinencia de cafeína (506)
___.__	(___.__)	Otro trastorno inducido por la cafeína (508)
292.9	**(F15.99)**	Trastorno relacionado con la cafeína no especificado (509)

Trastornos relacionados con el cannabis (509)

___.__	(___.__)	Trastorno por consumo de cannabis[a, b] (509) *Especificar* la gravedad actual:
305.20	**(F12.10)**	Leve
304.30	**(F12.20)**	Moderado
304.30	**(F12.20)**	Grave
292.89	**(___.__)**	Intoxicación por cannabis[c] (516)
		Sin alteraciones de la percepción
	(F12.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F12.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F12.929)	Sin trastorno por consumo
		Con alteraciones de la percepción
	(F12.122)	Con trastorno por consumo, leve
	(F12.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F12.922)	Sin trastorno por consumo
292.0	**(F12.288)**	Abstinencia de cannabis[d] (517)
___.__	(___.__)	Otros trastornos inducidos por el cannabis (519)
292.9	**(F12.99)**	Trastorno relacionado con el cannabis no especificado (519)

Trastornos relacionados con los alucinógenos (520)

___.__	(___.__)	Trastorno por consumo de fenciclidina[a, b] (520) *Especificar* la gravedad actual:
305.90	**(F16.10)**	Leve
304.60	**(F16.20)**	Moderado

304.60 (F16.20) Grave

___.__ (___.__) Trastorno por consumo de otros alucinógenos[a,b] (523)
Especificar el alucinógeno en particular
Especificar la gravedad actual:

305.30 (F16.10) Leve

304.50 (F16.20) Moderado

304.50 (F16.20) Grave

292.89 (___.__) Intoxicación por fenciclidina (527)

(F16.129) Con trastorno por consumo, leve

(F16.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave

(F16.929) Sin trastorno por consumo

292.89 (___.__) Intoxicación por otros alucinógenos (529)

(F16.129) Con trastorno por consumo, leve

(F16.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave

(F16.929) Sin trastorno por consumo

292.89 (F16.983) Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (531)

___.__ (___.__) Otros trastornos inducidos por fenciclidina (532)

___.__ (___.__) Trastornos inducidos por otros alucinógenos (532)

292.9 (F16.99) Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado (533)

292.9 (F16.99) Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado (533)

Trastornos relacionados con los inhalantes (533)

___.__ (___.__) Trastorno por consumo de inhalantes[a,b] (533)
Especificar el inhalante en particular
Especificar la gravedad actual:

305.90 (F18.10) Leve

304.60 (F18.20) Moderado

304.60 (F18.20) Grave

292.89 (___.__) Intoxicación por inhalantes (538)

(F18.129) Con trastorno por consumo, leve

(F18.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave

(F18.929) Sin trastorno por consumo

___.__ (___.__) Otros trastornos inducidos por inhalantes (540)

292.9 (F18.99) Trastorno relacionado con inhalantes no especificado (540)

Trastornos relacionados con los opiáceos (540)

___.__ (___.__) Trastorno por consumo de opiáceos[a] (541)
Especificar si: En terapia de mantenimiento, En un entorno controlado
Especificar la gravedad actual:

305.50	**(F11.10)**	Leve
304.00	**(F11.20)**	Moderado
304.00	**(F11.20)**	Grave
292.89	**(___.__)**	Intoxicación por opiáceos[c] (546)
		Sin alteraciones de la percepción
	(F11.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F11.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F11.929)	Sin trastorno por consumo
		Con alteraciones de la percepción
	(F11.122)	Con trastorno por consumo, leve
	(F11.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F11.922)	Sin trastorno por consumo
292.0	**(F11.23)**	Abstinencia de opiáceos[d] (547)
___.__	**(___.__)**	Otros trastornos inducidos por opiáceos (549)
292.9	**(F11.99)**	Trastorno relacionado con opiáceos no especificado (550)

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (550)

___.__	**(___.__)**	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos[a, b] (550) *Especificar* la gravedad actual:
305.40	**(F13.10)**	Leve
304.10	**(F13.20)**	Moderado
304.10	**(F13.20)**	Grave
292.89	**(___.__)**	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (556)
	(F13.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F13.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F13.929)	Sin trastorno por consumo
292.0	**(___.__)**	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos[c, d] (557)
	(F13.239)	Sin alteraciones de la percepción
	(F13.232)	Con alteraciones de la percepción
___.__	**(___.__)**	Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (560)
292.9	**(F13.99)**	Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado (560)

Trastornos relacionados con los estimulantes (561)

___.__	**(___.__)**	Trastorno por consumo de estimulantes[a, b] (561) *Especificar* la gravedad actual:

___.__	(___.__)	Leve
305.70	**(F15.10)**	Sustancia anfetamínica
305.60	**(F14.10)**	Cocaína
305.70	**(F15.10)**	Otro estimulante o un estimulante no especificado
___.__	(___.__)	Moderado
304.40	**(F15.20)**	Sustancia anfetamínica
304.20	**(F14.20)**	Cocaína
304.40	**(F15.20)**	Otro estimulante o un estimulante no especificado
___.__	(___.__)	Grave
304.40	**(F15.20)**	Sustancia anfetamínica
304.20	**(F14.20)**	Cocaína
304.40	**(F15.20)**	Otro estimulante o un estimulante no especificado
292.89	**(___.__)**	Intoxicación por estimulantes[c] (567) *Especificar* la sustancia específico
292.89	**(___.__)**	Anfetamina u otro estimulante, Sin alteraciones de la percepción
	(F15.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F15.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F15.929)	Sin trastorno por consumo
292.89	**(___.__)**	Cocaína, Sin alteraciones de la percepción
	(F14.129)	Con trastorno por consumo, leve
	(F14.229)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F14.929)	Sin trastorno por consumo
292.89	**(___.__)**	Anfetamina u otro estimulante, Con alteraciones de la percepción
	(F15.122)	Con trastorno por consumo, leve
	(F15.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F15.922)	Sin trastorno por consumo
292.89	**(___.__)**	Cocaína, Con alteraciones de la percepción
	(F14.122)	Con trastorno por consumo, leve
	(F14.222)	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	(F14.922)	Sin trastorno por consumo
292.0	**(___.__)**	Abstinencia de estimulantes[d] (569) *Especificar* la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia
	(F15.23)	Anfetamina u otro estimulante
	(F14.23)	Cocaína
___.__	(___.__)	Otros trastornos inducidos por estimulantes (570)
292.9	**(___.__)**	Trastorno relacionado con estimulantes no especificado (570)
	(F15.99)	Anfetamina u otro estimulante
	(F14.99)	Cocaína

Trastornos relacionados con el tabaco (571)

___.__ (___.__) Trastorno por consumo de tabaco[a] (571)
Especificar si: En terapia de mantenimiento, En un entorno controlado
Especificar la gravedad actual:

305.1 **(Z72.0)** Leve
305.1 **(F17.200)** Moderado
305.1 **(F17.200)** Grave

292.0 **(F17.203)** Abstinencia de tabaco[d] (575)

___.__ (___.__) Otros trastornos inducidos por el tabaco (576)

292.9 **(F17.209)** Trastorno relacionado con el tabaco no especificado (577)

Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas) (577)

___._ (___.__) Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)[a, b] (577)
Especificar la gravedad actual:

305.90 **(F19.10)** Leve
304.90 **(F19.20)** Moderado
304.90 **(F19.20)** Grave

292.89 (___.__) Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (581)
(F19.129) Con trastorno por consumo, leve
(F19.229) Con trastorno por consumo, moderado o grave
(F19.929) Sin trastorno por consumo

292.0 **(F19.239)** Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)[d] (583)

___.__ (___.__) Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (584)

292.9 **(F19.99)** Trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado (585)

Trastornos no relacionados con sustancias (585)

312.31 **(F63.0)** Juego patológico[a] (585)
Especificar si: Episódico, Persistente
Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave

Trastornos neurocognitivos (591)

___.__ (___.__) Delirium (596)
[a]**Nota**: Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.
Especificar si:

___.__ (___.__) Delirium por intoxicación por sustancias[a]
___.__ (___.__) Delirium por abstinencia de sustancias[a]

292.81 **(___.__)** Delirium inducido por medicamentos[a]

293.0 **(F05)** Delirium debido a otra afección médica

293.0 **(F05)** Delirium debido a etiologías múltiples

Especificar si: Agudo, Persistente

Especificar si: Nivel de actividad Hiperactivo, Hipoactivo, Mixto

780.09 **(R41.0)** Otro delirium especificado (602)

780.09 **(R41.0)** Delirium no especificado (602)

Trastornos neurocognitivos mayores y leves (602)

Especificar si debido a: Enfermedad de Alzheimer, Degeneración del lóbulo frontotemporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, Traumatismo cerebral, Consumo de sustancias o medicamentos, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Otra afección médica, Etiologías múltiples, No especificado

[a]*Especificar* Sin alteración del comportamiento, Con alteración del comportamiento. Para un posible trastorno neurocognitivo mayor y para un trastorno neurocognitivo leve, la alteración del comportamiento no se puede codificar, pero aun así se debería indicar por escrito.

[b]*Especificar* la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave. Este especificador se aplica sólo a trastornos neurocognitivos mayores (incluidos probables y posibles).

Nota: Como se indica para cada subtipo, se necesita un código médico adicional para trastornos neurocognitivos mayores, incluidos los debidos a etiologías médicas probables y posibles. La etiología médica se debería codificar en primer lugar, antes del código para el trastorno neurocognitivo mayor. Para trastorno neurocognitivo leve, no se utilizará un código médico adicional.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer (611)

___.__ **(___.__)** Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer[b]

Nota: Codificar en primer lugar **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer.

294.11 **(F02.81)** Con alteración del comportamiento

294.10 **(F02.80)** Sin alteración del comportamiento

___.__ **(___.__)** Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer posible[b]

Nota: Codificar en primer lugar **331.0 (G30.9)** la enfermedad de Alzheimer

294.11 **(F02.81)** Con alteración del comportamiento

294.10 **(F02.80)** Sin alteración del comportamiento

331.83 **(G31.84)** Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer[a]

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve (614)

___.__ **(___.__)** Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la degeneración del lóbulo frontotemporal[b]

Nota: Codificar en primer lugar **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal.

294.11 **(F02.81)** Con alteración del comportamiento

294.10 **(F02.80)** Sin alteración del comportamiento

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal posible[b]

Nota: Codificar en primer lugar **331. (G31.09)** la enfermedad frontotemporal.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (618)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy[b]

Nota: Codificar en primer lugar **331.82 (G31.83)** la enfermedad por cuerpos de Lewy.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy posible[b]

Nota: Codificar en primer lugar **331.82 (G31.83)** la enfermedad con cuerpos de Lewy.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy[a]

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve (621)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo vascular mayor probable[b]

Nota: Ningún código médico adicional para enfermedad vascular.

290.40 (F01.51) Con alteración del comportamiento

290.40 (F01.50) Sin alteración del comportamiento

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular[b]

Nota: Ningún código médico adicional para enfermedad vascular.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo vascular leve[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral (624)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral[b]

Nota: Para la CIE-9-MC, codificar en primer lugar **907.0** el efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo. Para la CIE-10-MC, codificar en primer lugar **S06.2X9S** traumatismo cerebral difuso con pérdida de consciencia de duración sin especificar, secuela.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos (627)

Nota: Ningún código médico adicional. Véanse los criterios y procedimientos de registro correspondientes para códigos específicos de sustancias y la codificación CIE-9-MC y CIE-10-MC.

Especificar si: Persistente

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH (632)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH[b]
Nota: Codificar en primer lugar **042 (B20)** la infección por VIH.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a infección por VIH[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad por priones (634)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad por priones[b]
Nota: Codificar en primer lugar **046.79 (A81.9)** enfermedad por priones.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a enfermedad por priones[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson (636)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson[b]
Nota: Codificar en primer lugar **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson[b]
Nota: Codificar en primer lugar **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington (638)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington[b]
Nota: Codificar en primer lugar **333.4 (G10)** enfermedad de Huntington.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington[a]

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica (641)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica[b]
Nota: Codificar en primer lugar la otra afección médica.

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a etiologías múltiples (642)

___.__ (___.__) Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples[b]
Nota: Codificar en primer lugar todas las afecciones médicas causantes (excepto enfermedad vascular).

294.11 (F02.81) Con alteración del comportamiento

294.10 (F02.80) Sin alteración del comportamiento

331.83 (G31.84) Trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples[a]

Trastorno neurocognitivo no especificado (643)

799.59 (R41.9) Trastorno neurocognitivo no especificado[a]

Trastornos de la personalidad (645)

Trastornos de la personalidad: Grupo A

301.0 (F60.0) Trastorno de la personalidad paranoide (649)

301.20 (F60.1) Trastorno de la personalidad esquizoide (652)

301.22 (F21) Trastorno de la personalidad esquizotípica (655)

Trastornos de la personalidad: Grupo B

301.7 (F60.2) Trastorno de la personalidad antisocial (659)

301.83 (F60.3) Trastorno de la personalidad límite (663)

301.50 (F60.4) Trastorno de la personalidad histriónica (667)

301.81 (F60.81) Trastorno de la personalidad narcisista (669)

Trastornos de la personalidad: Grupo C

301.82 (F60.6) Trastorno de la personalidad evitativa (672)

301.6 (F60.7) Trastorno de la personalidad dependiente (675)

301.4 (F60.5) Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (678)

Otros trastornos de la personalidad

310.1 (F07.0) Cambio de la personalidad debido a otra afección médica (682)
Especificar si: Tipo lábil, Tipo desinhibido, Tipo agresivo, Tipo apático, Tipo paranoide, Otro tipo, Tipo combinado, Tipo no especificado

301.89 (F60.89) Otro trastorno de la personalidad especificado (684)

301.9 (F60.9) Trastorno de la personalidad no especificado (684)

Trastornos parafílicos (685)

El siguiente especificador se aplica a los trastornos parafílicos en los casos indicados:
[a]*Especificar* si: En un entorno controlado, En remisión total

302.82 (F65.3) Trastorno de voyeurismo[a] (686)

302.4 (F65.2) Trastorno de exhibicionismo[a] (689)
Especificar si: Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes, Sexualmente excitado por exposición de los genitales a individuos físicamente maduros, Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes y a individuos físicamente maduros

302.89 (F65.81) Trastorno de frotteurismo[a] (691)

302.83 (F65.51) Trastorno de masoquismo sexual[a] (694)
Especificar si: Con asfixiofilia

302.84 (F65.52) Trastorno de sadismo sexual[a] (695)

302.2 (F65.4) Trastorno de pedofilia (697)
Especificar si: Tipo exclusivo, Tipo no exclusivo
Especificar si: Atracción sexual por el sexo masculino, Atracción sexual por el sexo femenino, Atracción sexual por ambos sexos
Especificar si: Limitado al incesto

302.81 (F65.0) Trastorno de fetichismo[a] (700)
Especificar: Parte(s) del cuerpo, Objeto(s) inanimado(s), Otro

302.3 (F65.1) Trastorno de travestismo[a] (702)
Especificar si: Con fetichismo, Con autoginofilia

302.89 (F65.89) Otro trastorno parafílico especificado (705)

302.9 (F65.9) Trastorno parafílico no especificado (705)

Otros trastornos mentales (707)

294.8 (F06.8) Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica (707)

294.9 (F09) Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica (708)

300.9 (F99) Otro trastorno mental especificado (708)

300.9 (F99) Trastorno mental no especificado (708)

Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos (709)

332.1 **(G21.11)** Parkinsonismo inducido por neurolépticos (709)

332.1 **(G21.19)** Parkinsonismo inducido por otros medicamentos (709)

333.92 **(G21.0)** Síndrome neuroléptico maligno (709)

333.72 **(G24.02)** Distonía aguda inducida por medicamentos (711)

333.99 **(G25.71)** Acatisia aguda inducida por medicamentos (711)

333.85 **(G24.01)** Discinesia tardía (712)

333.72 **(G24.09)** Distonía tardía (712)

333.99 **(G25.71)** Acatisia tardía (712)

333.1 **(G25.1)** Temblor postural inducido por medicamentos (712)

333.99 **(G25.79)** Otro trastorno motor inducido por medicamentos (712)

___.__ (___.__) Síndrome de suspensión de antidepresivos (712)

995.29 **(T43.205A)** Hallazgo inicial

995.29 **(T43.205D)** Hallazgo ulterior

995.29 **(T43.205S)** Secuelas

___.__ (___.__) Otro efecto adverso de medicamentos (714)

995.20 **(T50.905A)** Hallazgo inicial

995.20 **(T50.905D)** Hallazgo ulterior

995.20 **(T50.905S)** Secuelas

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (715)

Problemas de relación (715)

Problemas relacionados con la educación familiar (715)

V61.20 **(Z62.820)** Problema de relación entre padres e hijos (715)

V61.8 **(Z62.891)** Problema de relación con los hermanos (716)

V61.8 **(Z62.29)** Educación lejos de los padres (716)

V61.29 **(Z62.898)** Niño afectado por una relación parental conflictiva (716)

Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario (716)

V61.10 **(Z63.0)** Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja (716)

V61.03 **(Z63.5)** Ruptura familiar por separación o divorcio (716)

V61.8 **(Z63.8)** Nivel elevado de emoción expresada en la familia (716)

V62.82 **(Z63.4)** Duelo no complicado (716)

Maltrato y negligencia (717)

Maltrato infantil y problemas de negligencia (717)

Maltrato físico infantil (717)

Maltrato físico infantil, confirmado (717)

995.54 (T74.12XA) Hallazgo inicial

995.54 (T74.12XD) Hallazgo ulterior

Maltrato físico infantil, sospechado (717)

995.54 (T76.12XA) Hallazgo inicial

995.54 (T76.12XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil (718)

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil no parental

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil parental

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil no parental

Abuso sexual infantil (718)

Abuso sexual infantil, confirmado (718)

995.53 (T74.22XA) Hallazgo inicial

995.53 (T74.22XD) Hallazgo ulterior

Abuso sexual infantil, sospechado (718)

995.53 (T76.22XA) Hallazgo inicial

995.53 (T76.22XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil (718)

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil no parental

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil parental

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil no parental

Negligencia infantil (718)

Negligencia infantil, confirmada (718)

995.52 (T74.02XA) Hallazgo inicial

995.52 (T74.02XD) Hallazgo ulterior

Negligencia infantil, sospechada (719)

995.52 **(T76.02XA)** Hallazgo inicial

995.52 **(T76.02XD)** Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil (719)

V61.21 **(Z69.010)** Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental

V61.21 **(Z69.020)** Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental

V15.42 **(Z62.812)** Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

V61.22 **(Z69.011)** Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil parental

V62.83 **(Z69.021)** Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental

Maltrato psicológico infantil (719)

Maltrato psicológico infantil, confirmado (719)

995.51 **(T74.32XA)** Hallazgo inicial

995.51 **(T74.32XD)** Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico infantil, sospechado (719)

995.51 **(T76.32XA)** Hallazgo inicial

995.51 **(T76.32XD)** Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico infantil (719)

V61.21 **(Z69.010)** Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil por parte de los padres

V61.21 **(Z69.020)** Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil no parental

V15.42 **(Z62.811)** Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V61.22 **(Z69.011)** Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil parental

V62.83 **(Z69.021)** Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil no parental

Maltrato del adulto y problemas de negligencia (720)

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja (720)

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada (720)

995.81 **(T74.11XA)** Hallazgo inicial

995.81 **(T74.11XD)** Hallazgo ulterior

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechada (720)

995.81 **(T76.11XA)** Hallazgo inicial

995.81 **(T76.11XD)** Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la violencia física por parte del cónyuge o la pareja (720)

V61.11 **(Z69.11)** Visita de salud mental para la víctima de violencia física por parte del cónyuge o la pareja

V15.41 (Z91.410) Historia personal (antecedentes) de violencia física por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de violencia física hacia el cónyuge o la pareja

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja (720)

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmada (720)

995.83 (T74.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T74.21XD) Hallazgo ulterior

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada (720)

995.83 (T76.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T76.21XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja (720)

V61.11 (Z69.81) Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

V15.41 (Z91.410) Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de violencia sexual por parte del cónyuge cónyuge o la pareja

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja (721)

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmada (721)

995.85 (T74.01XA) Hallazgo inicial

995.85 (T74.01XD) Hallazgo ulterior

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechada (721)

995.85 (T76.01XA) Hallazgo inicial

995.85 (T76.01XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia por parte del cónyuge o la pareja (721)

V61.11 (Z69.11) Visita de salud mental para la víctima de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

V15.42 (Z91.412) Historia personal (antecedentes) de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja (721)

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado (721)

995.82 (T74.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T74.31XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechado (721)

995.82 (T76.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T76.31XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja (721)

V61.11 (Z69.11) Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

V15.42 (Z91.411) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

Maltrato del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja (722)

Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado (722)

995.81 (T74.11XA) Hallazgo inicial

995.81 (T74.11XD) Hallazgo ulterior

Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado (722)

995.81 (T76.11XA) Hallazgo inicial

995.81 (T76.11XD) Hallazgo ulterior

Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado (722)

995.83 (T74.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T74.21XD) Hallazgo ulterior

Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado (722)

995.83 (T76.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T76.21XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado (722)

995.82 (T74.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T74.31XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado (722)

995.82 (T76.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T76.31XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja (722)

V65.49 (Z69.81) Visita de salud mental para la víctima de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge

V62.83 (Z69.82) Visita de salud mental para el autor de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge

Problemas educativos y laborales (723)

Problemas educativos (723)

V62.3 (Z55.9) Problema académico o educativo (723)

Problemas laborales (723)

V62.21 (Z56.82) Problema relacionado con el estado actual de despliegue militar (723)

V62.29 (Z56.9) Otro problema relacionado con el empleo (723)

Problemas de vivienda y económicos (723)

Problemas de vivienda (723)

V60.0 (Z59.0) Personas sin hogar (723)

V60.1 (Z59.1) Alojamiento inadecuado (723)

V60.89 (Z59.2) Discordia con un vecino, inquilino o arrendador (723)

V60.6 (Z59.3) Problema relacionado con la vida en una residencia institucional (724)

Problemas económicos (724)

V60.2 (Z59.4) Falta de alimentos adecuados o de agua potable (724)

V60.2 (Z59.5) Pobreza extrema (724)

V60.2 (Z59.6) Ingresos bajos (724)

V60.2 (Z59.7) Seguro social o asistencia pública insuficiente (724)

V60.9 (Z59.9) Problema de vivienda o económico no especificado (724)

Otros problemas relacionados con el entorno social (724)

V62.89 (Z60.0) Problema de fase de la vida (724)

V60.3 (Z60.2) Problema relacionado con vivir solo (724)

V62.4 (Z60.3) Dificultad de aculturación (724)

V62.4 (Z60.4) Exclusión o rechazo social (724)

V62.4 (Z60.5) Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución (724)

V62.9 (Z60.9) Problema relacionado con el entorno social no especificado (725)

Problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal (725)

V62.89 (Z65.4) Víctima de delincuencia (725)

V62.5 (Z65.0) Sentencia civil o penal sin encarcelamiento (725)

V62.5 (Z65.1) Encarcelamiento u otra reclusión (725)

V62.5 (Z65.2) Problemas relacionados con la excarcelación (725)

V62.5 (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales (725)

Otros encuentros con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico (725)

V65.49 (Z70.9) Asesoramiento sexual (725)

V65.40 (Z71.9) Otro asesoramiento o consulta (725)

Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales (725)

V62.89 (Z65.8) Problema religioso o espiritual (725)

V61.7 (Z64.0) Problemas relacionados con embarazo no deseado (725)

V61.5 (Z64.1) Problemas relacionados con multiparidad (725)

V62.89 (Z64.4) Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido perito, gestor de casos o asistente social (725)

V62.89 (Z65.4) Víctima de terrorismo o tortura (725)

V62.22 (Z65.5) Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades (725)

V62.89 (Z65.8) Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales (725)

V62.9 (Z65.9) Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas (725)

Otras circunstancias de la historia personal (726)

V15.49 (Z91.49) Otra historia personal de trauma psicológico (726)

V15.59 (Z91.5) Historia personal de autolesión (726)

V62.22 (Z91.82) Historia personal de despliegue militar (726)

V15.89 (Z91.89) Otros factores de riesgo personal (726)

V69.9 (Z72.9) Problema relacionado con el estilo de vida (726)

V71.01 (Z72.811) Comportamiento antisocial del adulto (726)

V71.02 (Z72.810) Comportamiento antisocial infantil o adolescente (726)

Problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria (726)

V63.9 (Z75.3) No disponibilidad o acceso a centros de asistencia sanitaria (726)

V63.8 (Z75.4) No disponibilidad o acceso a otros centros de ayuda (726)

Incumplimiento de tratamiento médico (726)

V15.81 (Z91.19) Incumplimiento de tratamiento médico (726)

278.00 (E66.9) Sobrepeso u obesidad (726)

V65.2 (Z76.5) Simulación (726)

V40.31 (Z91.83) Vagabundeo asociado a un trastorno mental (727)

V62.89 (R41.83) Funcionamiento intelectual límite (727)

<= Ir al Índice

Prefacio

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría es una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados que se diseñó para facilitar un diagnóstico más fiable de estos trastornos. Con las ediciones sucesivas en los últimos 60 años, se ha convertido en una referencia habitual para la práctica clínica en el campo de la salud mental. Ya que no es posible una descripción completa de los procesos patológicos subyacentes en la mayor parte de los trastornos mentales, es importante destacar que los criterios diagnósticos actuales son la mejor descripción que existe sobre cómo se presentan los trastornos mentales y cómo pueden los clínicos reconocerlos. El DSM pretende servir de guía práctica, funcional y flexible para organizar la información que pueda ayudar en el diagnóstico preciso y el tratamiento de los trastornos mentales. Es un instrumento para los clínicos, una fuente educativa fundamental para los estudiantes y una referencia para los investigadores en este campo.

Aunque esta edición del DSM se diseñó en primer lugar y ante todo como guía útil para la práctica clínica, al ser una nomenclatura oficial puede ser aplicable en una gran variedad de contextos. El DSM lo han utilizado clínicos e investigadores de orientaciones diferentes (biológica, psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal, familiar/sistémica) que procuran utilizar un lenguaje común para comunicar las características fundamentales de los trastornos mentales de sus pacientes. La información es valiosa para todos los profesionales relacionados con los distintos aspectos de la atención de salud mental, como psiquiatras, otros médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, consejeros, especialistas forenses y legales, terapeutas ocupacionales y rehabilitadores, y otros profesionales de la salud. Los criterios son concisos y explícitos y pretenden facilitar una evaluación objetiva de la presentación de los síntomas en los diferentes ámbitos clínicos –unidades de hospitalización, consultas ambulatorias, hospitalización parcial, interconsultas, clínicas, práctica privada y atención primaria– y en los estudios epidemiológicos de los trastornos mentales en la población general. El DSM-5 es además una herramienta para la recogida y la comunicación de estadísticas precisas de salud pública sobre las tasas de morbilidad y mortalidad de los trastornos mentales. Finalmente, los criterios y el texto correspondiente sirven de manual a los estudiantes que se inician en su profesión y que necesitan un método estructurado para entender y diagnosticar los trastornos mentales, y a los profesionales expertos que se encuentran por primera vez con trastornos raros. Afortunadamente, todos estos usos son mutuamente compatibles.

Todas estas necesidades e intereses diversos se tuvieron en cuenta al planificar el DSM-5. La clasificación de enfermedades está coordinada con la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, el sistema de codificación oficial que se utiliza en Estados Unidos, de forma que los criterios del DSM definen trastornos que se identifican con los nombres y códigos diagnósticos de la CIE. En el DSM-5, tanto los códigos de la CIE-9-MC como los de la CIE-10-MC (la adopción de esta última está programada para octubre de 2014) se añaden a los trastornos importantes en la clasificación.

Aunque el DSM-5 continúa siendo una clasificación categórica de los distintos trastornos, reconocemos que las dolencias mentales no siempre encajan totalmente dentro de los límites de determinado trastorno. Algunos dominios de síntomas, como la depresión y la ansiedad, aparecen en múltiples categorías diagnósticas y podrían reflejar una vulnerabilidad común que subyacería en un mayor grupo de trastornos. Como reconocimiento de esta realidad, los trastornos que se incluyen en el DSM-5 se han reordenado con una estructura organizativa revisada con el fin de estimular nuevas perspectivas clínicas. Esta estructura nueva se corresponde con la organización de los trastornos que empleará la CIE-11, cuya publicación está prevista para 2015. Se han introducido otras mejoras para facilitar su uso en distintos contextos:

- **Representación de aspectos del desarrollo relacionados con el diagnóstico.** El cambio en la organización de los capítulos refleja mejor los aspectos del desarrollo, situándose los trastornos que se diagnostican con más frecuencia en niños (p. ej., los trastornos del neurodesarrollo) al comienzo del manual y los trastornos más aplicables a los adultos mayores (p. ej., los trastornos neurocognitivos) al final del mismo. Además, dentro del texto, los epígrafes dedicados al desarrollo y al curso describen cómo puede variar la presentación del trastorno a lo largo de la vida. También se incluyen en el texto los factores relacionados con la edad que son específicos de cada trastorno (p. ej., las diferentes presentaciones sintomáticas y prevalencias en determinados grupos de edad). Para darles mayor énfasis, estos factores relacionados con la edad se han añadido a los criterios diagnósticos cuando procede (p. ej., en el conjunto de criterios del trastorno de insomnio y el trastorno de estrés postraumático, algunos criterios específicos describen la presentación de los síntomas en los niños). De la misma manera, los aspectos relacionados con el género y la cultura se han integrado en los trastornos correspondientes.
- **Integración de los hallazgos científicos más recientes de la investigación genética y de técnicas de neuroimagen.** La investigación reciente en las neurociencias y las nuevas asociaciones genéticas entre distintos grupos diagnósticos han estado presentes en la estructura revisada de los capítulos. En el texto se resaltan los factores de riesgo genéticos y fisiológicos, los indicadores pronósticos y algunos presuntos marcadores diagnósticos. Esta estructura nueva debería mejorar la capacidad de los clínicos para identificar diagnósticos en un espectro de trastornos basado en una neurocircuitería, una vulnerabilidad genética y una exposición ambiental comunes.
- **Consolidación del trastorno autista, del trastorno de Asperger y del trastorno generalizado del desarrollo dentro del trastorno del espectro autista.** Los síntomas de estos trastornos representan un único continuo de alteraciones, de leves a graves, en los dos dominios de comunicación social y de conductas o intereses restringidos y repetidos, más que trastornos diferentes. Se ha realizado este cambio para mejorar la sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista y para identificar dianas terapéuticas más específicas en las alteraciones ya detectadas.
- **Clasificación perfeccionada de los trastornos bipolares y depresivos.** Los trastornos bipolares y depresivos son los diagnosticados con más frecuencia en psiquiatría. Por tanto, era importante perfeccionar la presentación de estos trastornos para mejorar su uso tanto clínico como docente. En lugar de separar la definición de los episodios maníacos, hipomaníacos y de depresión mayor de la definición de trastorno bipolar I, de trastorno bipolar II y de trastorno depresivo mayor, como sucedía en la edición anterior, hemos incluido todos los componentes en los criterios respectivos de cada trastorno. Este enfoque facilitará el diagnóstico y el tratamiento de estos importantes cuadros. De igual manera, las notas explicativas para diferenciar el duelo del trastorno depresivo mayor constituyen una guía clínica más completa que la anterior, que sólo contaba con un simple criterio de exclusión del duelo. Los especificadores nuevos "con ansiedad" y "con rasgos mixtos" se describen ahora por completo en el texto que explica las variaciones de especificadores que acompaña a los criterios de estos trastornos.
- **Reestructuración de los trastornos por consumo de sustancias por motivos de coherencia y claridad.** Las categorías de abuso de sustancias y dependencia de sustancias se han eliminado y se han sustituido por una categoría global nueva de trastornos por consumo de sustancias (quedando el trastorno específico definido por el uso específico de una sustancia concreta). La "dependencia" se ha confundido con facilidad con el término "adicción" cuando, de hecho, la tolerancia y la abstinencia que definían previamente la dependencia son respuestas muy normales a las medicaciones que afectan al sistema nervioso central y no indican necesariamente la presencia de una adicción. Al revisar y clarificar estos criterios en el DSM-5, esperamos mejorar algunos malentendidos generalizados sobre estos aspectos.
- **Mejora de la especificidad de los trastornos neurocognitivos mayor y leve**. Dada la explosión de las neurociencias, la neuropatología y las neuroimágenes en los últimos 20 años, era necesario transmitir el estado actual de la cuestión en el diagnóstico de ciertos tipos de trastornos llamados previamente "demencias" o enfermedades orgánicas cerebrales. Los marcadores biológicos de los trastornos cerebrales vascular y traumático, identificados con técnicas de neuroimagen, y los hallazgos específicos de la genética molecular en las variantes raras de la enfermedad de Alzhei-

mer y en la enfermedad de Huntington han hecho avanzar enormemente el diagnóstico clínico, separándose ahora estos y otros trastornos en subtipos específicos.

- **Transición en la conceptualización de los trastornos de la personalidad.** Aunque en ediciones anteriores se identificaron los beneficios de un enfoque más dimensional en los trastornos de la personalidad, la transición desde un sistema diagnóstico categórico de trastornos individuales a uno basado en la distribución relativa de los rasgos de personalidad no se ha aceptado ampliamente. En el DSM-5, los trastornos categóricos de la personalidad prácticamente no se han modificado respecto a la edición anterior. Sin embargo, se ha propuesto un modelo "híbrido" alternativo en la Sección III, para guiar la investigación futura, que separa la evaluación del funcionamiento interpersonal y la expresión de los rasgos patológicos de la personalidad en seis trastornos específicos. También se propone un perfil más dimensional de la expresión de los rasgos de personalidad, es decir, un planteamiento enfocado hacia cada uno de ellos.
- **Sección III: nuevos trastornos y características.** Se ha añadido una nueva sección (Sección III) para resaltar los trastornos que requieren más estudio y no están lo bastante definidos como para formar parte de la clasificación oficial de los trastornos mentales en el uso clínico habitual. También se han incorporado medidas dimensionales de la gravedad de los síntomas en 13 dominios sintomáticos para poder medir sus distintos niveles de gravedad en todos los grupos diagnósticos. Asimismo se ha incluido el Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS), un método habitual para evaluar los niveles de discapacidad global en los trastornos mentales que se basa en la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y que es aplicable en toda la medicina, en sustitución de la Escala de evaluación global del funcionamiento, que es más limitada. Esperamos que, con el tiempo y según se vayan aplicando, estas medidas aportarán una mayor precisión y flexibilidad a la descripción clínica de las presentaciones sintomáticas y la discapacidad asociada durante la evaluación diagnóstica.
- **Mejoras en el material de acceso *online*.** El DSM-5 ofrece información suplementaria *online*. Se puede acceder en la red a otras medidas transversales y de la gravedad diagnóstica (www.psychiatry.org/dsm5) en relación con algunos trastornos importantes. Además, la Entrevista de formulación cultural, la Entrevista de formulación cultural-versión para el informador y los módulos suplementarios de la entrevista de formulación cultural también pueden consultarse *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

Estas innovaciones han sido diseñadas por expertos mundiales en los trastornos mentales y se han aplicado teniendo en cuenta las revisiones de expertos, los comentarios del público y el análisis de profesionales independientes. Los 13 grupos de trabajo, bajo la dirección del comité elaborador del DSM-5 y en colaboración con otros equipos de revisores y, finalmente, el consejo de administración de la APA, representan el conocimiento experto de la especialidad a escala mundial. Este trabajo ha sido respaldado por un gran cuerpo de asesores y por los profesionales de la División de investigación de la APA; los nombres de todas las personas implicadas son demasiados como para poder mencionarlos aquí, pero se recogen en el Apéndice. Estamos enormemente agradecidos a todos aquellos que han dedicado incontables horas y su inestimable experiencia a este esfuerzo por mejorar el diagnóstico de los trastornos mentales.

Nos gustaría manifestar especialmente nuestro reconocimiento a los directores, coordinadores de textos y miembros de los 13 grupos de trabajo, enumerados al principio del manual, que han dedicado muchas horas a este intento de mejorar el fundamento científico de la práctica clínica durante un período continuado de 6 años. Susan K. Schultz, M.D., que ha sido la editora del texto, ha trabajado incansablemente junto a Emily A. Kuhl, Ph.D., escritora científica sénior, y junto al equipo de edición del DSM-5 para coordinar los esfuerzos de los grupos de trabajo y conseguir un resultado final cohesionado. William E. Narrow, M.D., M.P.H., ha dirigido el grupo de investigación que desarrolló la estrategia de investigación global del DSM-5, incluidos los trabajos de campo que han contribuido a incrementar las pruebas científicas en que se basa esta revisión. Además, queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos que han dedicado gran parte de su tiempo a la revisión independiente de los textos propuestos, como Kenneth S. Kendler, M.D., y Robert Freedman, M.D., codirec-

tores del Comité científico de revisión; John S. McIntyre, M.D., y Joel Yager, M.D., codirectores del Comité clínico y de salud pública, y Glenn Martin, M.D., director del proceso de revisión de la Asamblea de la APA. Agradecemos especialmente a Helena C. Kraemer, Ph.D., su experto asesoramiento estadístico; a Michael B. First, M.D., su valiosa contribución a la codificación y revisión de los criterios, y a Paul S. Appelbaum, M.D., sus comentarios sobre los aspectos forenses. Maria N. Ward, M.Ed., RHIT, CCS-P, también ha ayudado a verificar la codificación de la CIE. El grupo Summit, compuesto por estos consejeros, los directores de todos los grupos de revisión, los directores del grupo de trabajo y los directivos de la APA, dirigidos por Dilip V. Jeste, M.D., han aportado su liderazgo y visión para alcanzar acuerdos y consensos. Este nivel de compromiso ha contribuido al equilibrio y la objetividad que creemos que son distintivos del DSM-5. Queremos reconocer especialmente al excelente personal de la División de investigación de la APA (identificados en el grupo de trabajo del DSM-5 y en los grupos de trabajo enumerados al comienzo de este manual), que han colaborado denodadamente con el grupo de trabajo del DSM-5 y con los grupos de trabajo, asesores y revisores para solucionar problemas, servir de puente entre los grupos, dirigir y gestionar los estudios de campo, tanto académicos como clínicos, y dejar constancia de las decisiones tomadas en este importante proceso. En particular, agradecemos el apoyo y la guía de James H. Scully Jr., M.D., Director médico y Director ejecutivo de la APA, a lo largo de los años y los esfuerzos que ha dedicado al proceso de desarrollo. Finalmente, agradecemos al personal editorial y de producción de la American Psychiatric Publishing (específicamente a Rebecca Rinehart, editora; John McDuffie, director editorial; Ann Eng, editor sénior; Greg Kuny, jefe de redacción; y Tammy Cordova, director de diseño gráfico) su guía para reunirlo todo y crear el producto final. Es la culminación de los esfuerzos de muchas personas con talento que han dedicado su tiempo, experiencia y pasión lo que ha hecho el DSM-5 posible.

David J. Kupfer, M.D.
Director del Comité Elaborador del DSM-5

Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
Vicedirector del Comité Elaborador del DSM-5
19 de diciembre de 2012

<= Ir al Índice

SECCIÓN I
Conceptos básicos del DSM-5

Esta sección constituye una introducción básica sobre la finalidad, la estructura, el contenido y la utilización del DSM-5. No pretende ser una explicación exhaustiva de la evolución del DSM-5 sino dar a los lectores una visión sucinta de sus elementos clave. La sección de introducción describe el proceso de revisión pública, profesional y expertos que se utilizó para evaluar extensamente los criterios diagnósticos que se presentan en la sección II. También se presenta un resumen de la estructura del DSM-5, de su coordinación con la CIE-11 y de la transición a un sistema no axial con un nuevo enfoque para evaluar la discapacidad. En el apartado "Utilización del manual" se incluyen la definición de trastorno mental, las consideraciones forenses y una visión breve del proceso diagnóstico y del uso de los procedimientos de codificación y de registro.

<= Ir al Índice

Introducción

La elaboración de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) ha sido un gran proyecto que ha involucrado a cientos de personas trabajando hacia un objetivo común a lo largo de 12 años. El proyecto ha supuesto mucha reflexión y deliberación para evaluar los criterios diagnósticos, teniendo en cuenta la organización de cada aspecto del manual y creando nuevas características que se estimaron más útiles para los clínicos. Todos estos esfuerzos han ido dirigidos hacia el objetivo de aumentar la utilidad clínica del DSM-5 como guía para el diagnóstico de los trastornos mentales.

La fiabilidad diagnóstica es esencial para orientar las recomendaciones terapéuticas, identificar las tasas de prevalencia para poder planificar los servicios de salud mental, seleccionar los grupos de pacientes para la investigación clínica y básica, y documentar la información importante relativa a la salud pública, como las tasas de morbilidad y mortalidad. Al mejorar la comprensión de los trastornos mentales y sus tratamientos, profesionales médicos, científicos y clínicos se han podido concentrar en las características de los trastornos específicos y en sus implicaciones para el tratamiento y la investigación.

Aunque el DSM ha sido una piedra angular en el progreso de la fiabilidad de los diagnósticos de los trastornos mentales, tanto la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) como la comunidad científica que trabaja con trastornos mentales han reconocido que en el pasado la ciencia no estaba lo suficientemente madura como para conseguir diagnósticos completamente validados y que, por tanto, era incapaz de proporcionar validadores científicos sistemáticos, sólidos y objetivos para cada trastorno individual del DSM. La ciencia de los trastornos mentales continúa evolucionando. Sin embargo, en las últimas dos décadas, desde que el DSM-IV fue publicado, se ha producido un progreso real y duradero en áreas como la neurociencia cognitiva, las neuroimágenes cerebrales, la epidemiología y la genética. El Comité Elaborador del DSM-5 que ha supervisado la nueva edición ha reconocido que los avances de la investigación harán necesarios cambios minuciosos repetidas veces si el DSM quiere conservar su lugar como clasificación de referencia de los trastornos mentales. Encontrar el equilibrio adecuado es crucial. Aunque los resultados especulativos no pertenecen a la nosología oficial, el DSM debe evolucionar en el contexto de las demás iniciativas de investigación clínica en este campo. Un aspecto importante de esta transición deriva del reconocimiento general de que un sistema categórico demasiado rígido no capta la experiencia clínica ni las observaciones científicas importantes. Los resultados de numerosos estudios de la comorbilidad y de la transmisión de las enfermedades entre las familias, incluso los estudios de gemelos y de genética molecular, constituyen argumentos sólidos que los clínicos avezados han observado desde hace tiempo: los límites entre muchas "categorías" de trastornos son más flexibles a lo largo de la vida de lo que el DSM-IV reconocía, y muchos síntomas asignados a un solo trastorno se pueden producir, con diferentes grados de gravedad, en otros trastornos. Estos hallazgos significan que el DSM, como otras clasificaciones de enfermedades médicas, debería suministrar vías para introducir abordajes dimensionales en los trastornos mentales, incluso en las dimensiones que se sitúan entre las categorías actuales. Este tipo de abordaje debería permitir realizar una descripción más precisa de las presentaciones de los pacientes y aumentar la validez de los diagnósticos (p. ej., el grado en que los criterios diagnósticos reflejan la manifestación global de determinado trastorno psicopatológico subyacente). El DSM-5 se ha diseñado para satisfacer mejor la necesidad que tienen clínicos, pacientes, familias e investigadores de contar con una descripción clara y concisa de cada trastorno mental, organizada por criterios diagnósticos explícitos y complementada, cuando sea conveniente, con medidas dimensionales que crucen los límites diagnósticos, un breve resumen del diagnóstico, los factores de riesgo, las características asociadas, los avances de la investigación y las diversas manifestaciones.

Utilizar el DSM para realizar un diagnóstico precisa entrenamiento y experiencia clínica previos. Los criterios diagnósticos identifican síntomas, comportamientos, funciones cognitivas, rasgos de

personalidad, signos físicos, combinaciones de síndromes y permanencia en el tiempo que requieren experiencia clínica para diferenciarlos de las variaciones de la vida normal y las respuestas transitorias al estrés. Para facilitar la minuciosa evaluación de los síntomas presentes, el DSM puede servir a los clínicos de guía para identificar los síntomas más importantes que deberían examinarse cuando se diagnostica un trastorno. Aunque algunos trastornos mentales pueden tener límites bien definidos que conforman grupos de síntomas, la evidencia científica sitúa en la actualidad muchos cuadros, si no la mayoría, dentro de un espectro de trastornos estrechamente relacionados que comparten síntomas, factores de riesgo genéticos y ambientales, y posiblemente sustratos neurales (donde esto está más claramente establecido es quizá en un subgrupo de trastornos de ansiedad gracias a las pruebas de neuroimagen y los modelos animales). En resumen, se ha llegado a la conclusión de que los límites entre trastornos son más permeables de lo que inicialmente se percibía.

Muchos grupos de profesionales de la salud y la educación se han involucrado en el desarrollo y el examen del DSM-5, incluidos médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas, epidemiólogos, estadísticos, neurocientíficos y neuropsicólogos. Por último, también han tomado parte en la revisión del DSM-5 pacientes, familias, abogados, organizaciones de consumidores y asociaciones de defensa de los pacientes, que han realizado comentarios sobre los trastornos mentales descritos en este volumen. Su supervisión de las descripciones y del texto explicativo es esencial para mejorar la comprensión, reducir el estigma y avanzar en el tratamiento y la posible curación de estos trastornos.

Breve historia

La APA publicó en 1844 un predecesor del DSM: una clasificación estadística de los pacientes mentales institucionalizados. Se diseñó para mejorar la comunicación sobre los tipos de pacientes atendidos en los hospitales. Este precursor del DSM también se utilizó como parte del censo completo de Estados Unidos. Después de la II Guerra Mundial, el DSM evolucionó a lo largo de cuatro ediciones hacia un sistema de clasificación de diagnósticos, dirigido a psiquiatras, otros médicos y otros profesionales de la salud mental, que describía las características esenciales de todos los trastornos mentales. La edición actual, el DSM-5, se ha construido con el objetivo de sus predecesores (el más reciente, el DSM-IV-TR, o Texto Revisado, publicado en 2000): el de proporcionar directrices diagnósticas capaces de fundamentar las decisiones terapéuticas y asistenciales.

Proceso de revisión del DSM-5

En 1999, la APA realizó una evaluación de los puntos fuertes y débiles del DSM basándose en estudios incipientes que no respaldaban los límites establecidos para algunos trastornos mentales. Este esfuerzo se coordinó con la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Mundial de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, *National Institute of Mental Health*) mediante distintas reuniones cuyas actas se publicaron en 2002 en una monografía titulada *Una agenda para estudiar el DSM-5.* Después, de 2003 a 2008, un acuerdo cooperativo entre la APA y la OMS, apoyado por el NIMH, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, *National Institute on Drug Abuse*) y el Instituto Nacional sobre el Alcoholismo y el Abuso de Alcohol (NIAAA, *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*), convocó 13 reuniones internacionales para planificar el estudio del DSM-5 en las que participaron 400 personas de 39 países con el fin de revisar la bibliografía mundial sobre áreas de diagnóstico concretas y preparar las revisiones de las que surgirían tanto el DSM-5 como la Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). Las conclusiones de esas reuniones sentaron las bases de las futuras revisiones del Comité Elaborador del DSM-5 y crearon el contexto para la nueva edición del DSM.

En 2006, la APA nombró a David J. Kupfer, médico, y a Darrell A. Regier, médico y máster en Salud Pública, presidente y vicepresidente del Comité Elaborador del DSM-5, respectivamente. Se les encargó recomendar a los 13 presidentes de los grupos de trabajo diagnóstico y a los otros miembros del equipo de trabajo con conocimientos multidisciplinarios con el fin de supervisar el desarrollo del DSM-5. La Junta Directiva de la APA inició, además, un proceso de investigación para hacer públicas

las fuentes de ingresos y evitar así los conflictos de intereses de los miembros del equipo de trabajo y del grupo de trabajo adicional. La declaración completa de todos los ingresos y becas de investigación de empresas comerciales –incluidas las de la industria farmacéutica– de los 3 años previos, la imposición de un límite de ingresos para todas las fuentes comerciales y la publicación de la declaración de ingresos en una página web constituyen un nuevo estándar en este campo. A partir de ahí se aprobó el equipo de trabajo de 28 miembros en 2007, y en 2008 se autorizó el nombramiento de más de 130 miembros de los grupos de trabajo. También se ratificaron para participar en el proceso más de 400 asesores adicionales sin capacidad de voto. Tener un concepto claro de la siguiente etapa evolutiva de la clasificación de los trastornos mentales fue básico para los esfuerzos del equipo y los grupos de trabajo. Esta visión surgió cuando el equipo y los grupos de trabajo reevaluaron la historia de la clasificación del DSM-IV, sus actuales puntos fuertes y limitaciones, y las líneas estratégicas para su revisión. Se ha llevado a cabo un proceso intensivo durante 6 años en el que se han realizado revisiones y análisis secundarios de la bibliografía, la publicación de artículos de investigación en revistas científicas, el desarrollo de un borrador de los criterios diagnósticos, la publicación de los borradores preliminares en la página web del DSM-5 para obtener comentarios públicos, la presentación de los hallazgos preliminares en encuentros profesionales, la realización de estudios de campo y la revisión de los criterios y el texto.

Propuestas para revisiones

Las propuestas de revisión de los criterios diagnósticos del DSM-5 fueron desarrolladas por los miembros de los grupos de trabajo basándose en su justificación, el alcance del cambio, las repercusiones esperadas en la clínica y la salud pública, la solidez de las pruebas científicas aportadas por la investigación, la claridad general y la utilidad clínica. Las propuestas entrañaban cambios en los criterios diagnósticos, la adición de nuevos trastornos, subtipos y especificadores, y la eliminación de trastornos existentes.

En las propuestas de revisión se hacían constar ante todo las virtudes y debilidades de los criterios y la nosología actuales. Se tuvieron en cuenta los hallazgos científicos de las últimas dos décadas, lo que llevó a la creación de un plan de investigación para evaluar los posibles cambios a través de revisiones de la bibliografía y análisis secundarios de los datos. Cuatro principios guiaron las revisiones de los borradores: 1) El DSM-5 es principalmente un manual dirigido a los clínicos y las revisiones deben ser factibles en la práctica clínica habitual. 2) Las revisiones recomendadas deberían basarse en datos científicos procedentes de la investigación. 3) Si fuera posible, debería mantenerse la continuidad con las ediciones previas del DSM. 4) No se debe limitar a priori el grado de cambio entre el DSM-IV y el DSM-5.

Basándose en las revisiones iniciales de la bibliografía, los grupos de trabajo identificaron temas clave dentro de cada área diagnóstica. Los grupos de trabajo examinaron también los principales problemas metodológicos, como la presencia de hallazgos contradictorios en la bibliografía, el desarrollo de definiciones más perfeccionadas de determinado trastorno mental, los aspectos transversales relevantes para todos los trastornos, y la revisión de los trastornos clasificados como "no especificados" en el DSM-IV. Las propuestas de revisión de la Sección II se tomaron en consideración según sus ventajas y desventajas para la clínica y la salud pública, la importancia de las pruebas y la magnitud del cambio. Los nuevos diagnósticos, subtipos de trastornos y especificadores se sometieron a otras consideraciones, como la demostración de la fiabilidad (el grado en que dos clínicos pueden llegar al mismo diagnóstico para un paciente dado). Se planteó la eliminación de los trastornos de escasa utilidad clínica y baja validez. La ubicación de trastornos en el epígrafe "Afecciones que necesitan más estudio" de la Sección III se supeditó a la cantidad de datos empíricos relativos al diagnóstico, a la fiabilidad o validez diagnóstica, a la presencia de una necesidad clínica clara y al posible beneficio de cara a proseguir con la investigación.

Estudios de campo del DSM-5

El uso de estudios de campo para demostrar la fiabilidad de forma empírica fue una mejora notable introducida en el DSM-III. El diseño y la estrategia de aplicación de los estudios de campo del DSM-5 suponen diversos cambios respecto a los métodos usados en el DSM-III y el DSM-IV, especialmente

al estimar la precisión del coeficiente de fiabilidad kappa (una medida estadística que mide el nivel de acuerdo entre evaluadores y que corrige la posibilidad de que dicho acuerdo se deba al azar a causa de las tasas de prevalencia) en el ámbito de los contextos clínicos con altos niveles de comorbilidad diagnóstica. Para el DSM-5, los estudios de campo se ampliaron con dos diseños distintos: uno para los diversos ámbitos médico-académicos de gran magnitud y el otro para las consultas habituales. El primero se aprovechó de la necesidad de contar con muestras de gran tamaño para probar las hipótesis relativas a la fiabilidad y la utilidad clínica de una serie de diagnósticos en distintas poblaciones de pacientes; el segundo aportó información valiosa sobre el rendimiento de las revisiones propuestas en las consultas de una muestra variopinta de usuarios del DSM. Está previsto que los estudios de investigación básica y clínica del futuro se centrarán en la validación de los criterios diagnósticos categóricos revisados y en las características dimensionales de estos trastornos (incluidos los estudiados actualmente por la iniciativa del NIMH denominada *Research Domain Criteria*, RDoC).

Los estudios médico-académicos se realizaron en 11 centros médico-académicos de Norteamérica, donde se evaluaron la fiabilidad, la viabilidad y la utilidad clínica de determinadas revisiones, dando prioridad a los que representaban el mayor grado de cambio respecto al DSM-IV o a aquéllos con mayor repercusión en la salud pública. Toda la población clínica de pacientes de cada centro se evaluó en términos de los diagnósticos del DSM-IV o de los síntomas con probabilidades de predecir varios diagnósticos específicos del DSM-5. En cada centro se identificaron muestras estratificadas de cuatro a siete trastornos específicos junto a un grupo que contenía una muestra representativa de todos los demás diagnósticos. Los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio y fueron asignados al azar para realizar una entrevista clínica con un evaluador desconocedor del diagnóstico, a la que siguió una segunda entrevista con un clínico desconocedor de los diagnósticos previos. Los pacientes completaron primero un cuestionario asistido por ordenador sobre los síntomas transversales de más de una docena de dominios psicológicos. Estos cuestionarios fueron puntuados por un servidor central y los resultados se entregaron a los clínicos antes de que éstos realizaran una entrevista clínica típica (sin protocolo estructurado). Se pidió a los clínicos que puntuaran la presencia de criterios clasificatorios en una lista diagnóstica del DSM-5 asistida por ordenador, que determinaran los diagnósticos, que puntuaran la gravedad del diagnóstico y que enviaran todos los datos al servidor central a través de internet. Este diseño del estudio permitió calcular el grado en que dos clínicos independientes podían estar de acuerdo en determinado diagnóstico (mediante el estadístico kappa intragrupal) y el acuerdo de un solo paciente o dos clínicos distintos en dos evaluaciones separadas de síntomas transversales, rasgos de personalidad, discapacidad y medidas de gravedad del diagnóstico (usando coeficientes de correlación intragrupales), junto a los datos relativos a la precisión de estas estimaciones de la fiabilidad. También ha sido posible evaluar las tasas de prevalencia de los trastornos, tanto del DSM-IV como del DSM-5, en las respectivas poblaciones clínicas.

Para los estudios de campo en la clínica habitual se reclutaron psiquiatras y otros profesionales de la salud mental. Se reclutó una muestra de voluntarios en la que había psiquiatras generalistas y especializados, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, terapeutas de familia y de pareja, y enfermeros de salud mental con mucha experiencia clínica. Los estudios de campo permitieron exponer los diagnósticos propuestos del DSM-5 y las medidas dimensionales ante un amplio abanico de clínicos que evaluaron su viabilidad y utilidad clínica.

Revisiones profesionales y públicas

En 2010, la APA creó una única página web para facilitar la obtención de datos procedentes de profesionales y del público general en relación con el DSM-5. Todos los borradores de los criterios diagnósticos y los cambios propuestos en la organización se colgaron en la página www.dsm5.org durante un período de dos meses para suscitar comentarios. Se recibieron más de 8.000 comentarios que fueron analizados de forma sistemática por cada uno de los 13 grupos de trabajo, integrando los miembros, en su caso, las preguntas y los comentarios en los debates de los borradores de las revisiones y los planes para realizar la prueba del estudio de campo. Después de revisar los borradores de los criterios iniciales y de proponer la organización de los capítulos se realizó una segunda encuesta en 2011. Los grupos de trabajo tuvieron en cuenta tanto los comentarios de la página web como los resultados de los estudios de campo del DSM-5 al escribir el borrador de la propuesta de los criterios

finales, que se colgó en la página web por tercera y última vez en 2012. Estas tres interacciones externas produjeron más de 13.000 comentarios individuales firmados en la página web, que fueron recibidos y revisados por los grupos de trabajo, junto a miles de peticiones de firmantes a favor o en contra de algunas de las revisiones propuestas, lo que permitió al equipo de trabajo responder a las preocupaciones de los usuarios del DSM, además de a los pacientes y las asociaciones de defensa de pacientes, y garantizar que la utilidad clínica continuara siendo una gran prioridad.

Revisiones de expertos

Los miembros de los 13 grupos de trabajo, representando a los expertos de sus áreas respectivas, colaboraron con los asesores y revisores bajo la dirección general del Comité Elaborador del DSM-5 para realizar el borrador de los criterios diagnósticos y el texto acompañante. Este esfuerzo se apoyó en el equipo de personas de la División de Investigación de la APA y se desarrolló a través de una red de coordinadores de textos procedentes de cada grupo de trabajo. La preparación del texto fue coordinada por el editor en estrecha colaboración con los grupos de trabajo y bajo la dirección de los presidentes del equipo de trabajo. Se creó el Comité de Revisión Científica (CRC) para dar lugar a un proceso de revisión científica realizada por expertos de manera externa a los grupos de trabajo. El presidente, el vicepresidente y los seis miembros del CRC se encargaron de revisar hasta qué punto podían apoyarse en datos científicos los cambios propuestos respecto al DSM-IV. Cada propuesta de revisión diagnóstica precisó un memorándum de los datos a favor del cambio preparado por el grupo de trabajo y acompañado de un resumen de los datos favorables, organizados en torno a los elementos de validación de los criterios diagnósticos propuestos (es decir, validadores precedentes como la agregación familiar, validadores concurrentes como los marcadores biológicos y validadores prospectivos como la respuesta al tratamiento o el curso de la enfermedad). Estos datos fueron revisados por el CRC y puntuados según la importancia de los datos científicos que los avalaran. Las otras justificaciones del cambio, como las surgidas de la experiencia o la necesidad clínica, o de la nueva conceptualización de las categorías diagnósticas, se tuvieron normalmente en cuenta fuera del ámbito del CRC. Las puntuaciones de los revisores, que variaron de forma sustancial según las diferentes propuestas, y los breves comentarios acompañantes se devolvieron entonces a la Junta Directiva de la APA y a los grupos de trabajo para su consideración y respuesta.

El Comité Clínico y de Salud Pública (CCSP), compuesto por un presidente, un vicepresidente y seis miembros, fue designado para considerar los aspectos relativos a la utilidad clínica, la salud pública y las aclaraciones lógicas de los criterios que aún no hubieran alcanzado el grado de evidencia considerado suficiente para el cambio por el CRC. Este proceso de revisión fue de particular importancia para los trastornos del DSM-IV con deficiencias conocidas y cuyas propuestas de solución no se hubieran considerado previamente en el proceso de revisión del DSM, ni se hubieran sometido a nuevos estudios de investigación. Estos trastornos concretos fueron evaluados por 4 o 5 revisores externos y los resultados, aún enmascarados, fueron revisados por los miembros del CCSP, que a su vez hicieron recomendaciones a la Junta Directiva de la APA y los grupos de trabajo.

Se realizaron revisiones forenses por miembros del Consejo de Psiquiatría y Ley de la APA en relación con los trastornos que aparecen a menudo en los contextos forenses y los que tienen grandes posibilidades de influir en las sentencias civiles y penales en el ámbito judicial. Los grupos de trabajo contaron con expertos forenses como asesores en las áreas pertinentes para complementar la experiencia proporcionada por el Consejo de Psiquiatría y Ley.

Los mismos grupos de trabajo asumieron la responsabilidad de revisar toda la bibliografía científica de una área determinada, incluidos los criterios diagnósticos nuevos, los revisados y los viejos, en un proceso intensivo de 6 años de duración para valorar los pros y contras de realizar pequeños cambios repetitivos o grandes cambios conceptuales con el fin de abordar la cosificación inevitable que tiene lugar en los conceptos diagnósticos que persisten durante varias décadas. Dichos cambios incluyeron la incorporación de áreas diagnósticas previamente separadas en un espectro más dimensional, como en el caso del trastorno del espectro autista, los trastornos por consumo de sustancias, las disfunciones sexuales, los síntomas somáticos y los trastornos relacionados. Otros cambios son la corrección de los fallos que se han vuelto evidentes con el tiempo al escoger los criterios operativos de algunos trastornos. Estos tipos de cambios han planteado retos especiales a los procesos de revi-

sión del CRC y el CCSP, que no fueron diseñados para evaluar la validez de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Sin embargo, el Comité Elaborador del DSM-5, que revisó los cambios propuestos y fue el responsable de revisar el texto descriptivo de cada trastorno paralelamente a los grupos de trabajo durante este período, estaba en una posición idónea para poder realizar un informe argumentado de los méritos científicos de las revisiones. Además, muchos de estos grandes cambios se sometieron a la prueba del estudio de campo, aunque no se pudo realizar una prueba exhaustiva de todos los cambios propuestos debido a las limitaciones de tiempo y recursos.

La recomendación final del equipo de trabajo se llevó entonces a la Junta Directiva de la APA y al Comité de Asamblea de la APA para el DSM-5, que consideraron algunas de las características de las revisiones propuestas de cara a su viabilidad y utilidad clínica. La asamblea es un organismo deliberativo de la APA, cuyos miembros representan los distintos distritos y otras zonas más amplias, y que se compone de psiquiatras procedentes de la totalidad de Estados Unidos, con geografías, experiencia institucionales e intereses diversos. El Comité para el DSM-5 es un comité constituido por un grupo diverso de líderes de esta asamblea.

Después de las etapas precedentes de revisión se celebró una sesión ejecutiva "en la cumbre" para consolidar las aportaciones de los presidentes de los comités de revisión y de la asamblea, de los presidentes de los grupos de trabajo, de un asesor forense y de un asesor estadístico con el fin de realizar una revisión preliminar de cada trastorno por parte de la asamblea y los comités ejecutivos de la Junta Directiva de la APA. La asamblea votó en noviembre de 2012 para recomendar que la junta aprobase la publicación del DSM-5, y la Junta Directiva de la APA la aprobó en diciembre de 2012. En el Apéndice se citan los numerosos expertos, revisores y asesores que formaron parte de este proceso.

Estructura de la organización

Las definiciones de los trastornos que constituyen el núcleo operativo de los criterios diagnósticos son la base del DSM-5 a efectos clínicos y de investigación. Estos criterios se han sometido a revisión científica, si bien en grados diversos, y muchos trastornos han probado sobre el terreno su fiabilidad interindividual. En cambio, la clasificación de los trastornos (la forma en que se agrupan los trastornos, que proporciona un alto nivel de organización al manual) no se cree, en general, que tenga importancia científica alguna, a pesar de que los juicios hubieron de realizarse cuando los trastornos se dividieron en capítulos al compilar el DSM-III.

El DSM es una clasificación médica de trastornos y, como tal, supone un esquema cognitivo determinado históricamente que se impone sobre la información clínica y científica para aumentar su comprensibilidad y utilidad. No es sorprendente que, después de haber cumplido medio siglo, la ciencia fundacional que condujo en última instancia al DSM-III, hayan empezado a surgir desafíos tanto para los clínicos como para los científicos que son inherentes a la estructura del DSM más que a la descripción de determinados trastornos. Estos desafíos comprenden altas tasas de comorbilidad entre los capítulos del DSM y dentro de cada uno, el uso excesivo y la necesidad de recurrir al criterio "no especificado" (NE), y la creciente imposibilidad de integrar los trastornos del DSM con los resultados de los estudios genéticos y otros hallazgos científicos.

Al comenzar la APA y la OMS a planificar sus respectivas revisiones del DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ambas consideraron la posibilidad de mejorar la utilidad clínica (p. ej., ayudando a explicar la comorbilidad obvia) y de facilitar la investigación científica replanteándose las estructuras organizativas de las dos publicaciones en un sistema lineal indicado por códigos alfanuméricos que ordenaran los capítulos de acuerdo con alguna estructura racional y relacional. Tanto para el grupo de trabajo del DSM-5 como para el Grupo Asesor Internacional de la OMS encargado de revisar la Sección de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10, el elemento crítico era que las revisiones de organización mejorasen la utilidad clínica y permanecieran dentro de los límites de la información científica bien replicada. Aunque la necesidad de esta reforma parecía evidente, era importante respetar el estado actual de los conocimientos y el reto que supondría para las comunidades clínica e investigadora un cambio excesivamente rápido. Con esa mentalidad, la revisión de la organización se enfocó como una reforma diagnóstica conservadora y evolutiva que se efectuaría bajo la guía de los datos científicos que surgieran sobre las relaciones entre

grupos de trastornos. Al reordenar y reagrupar los trastornos existentes, la estructura revisada pretende estimular nuevas perspectivas clínicas y alentar a los investigadores a identificar los factores psicológicos y fisiológicos comunes que no están delimitados por las estrictas designaciones categóricas.

El uso de los criterios del DSM tiene la clara virtud de crear un lenguaje común con el que los clínicos puedan transmitirse unos a otros los diagnósticos de los trastornos. Los criterios y trastornos oficiales cuya aplicabilidad clínica se determinó como aceptada se sitúan en la Sección II del manual. Sin embargo, debe observarse que estos criterios diagnósticos y sus relaciones dentro de la clasificación, se basan en los conocimientos actuales y podrían tener que modificarse al aportar las futuras investigaciones nuevos datos, tanto dentro de cada conjunto de trastornos propuestos como entre ellos. Las "afecciones a continuar estudiando" que se describen en la Sección III son aquellas para las que, según hemos determinado, no existen aún datos científicos que avalen un uso clínico generalizado. Estos criterios diagnósticos se incluyen para destacar la evolución y dirección de los avances científicos en estas áreas con el fin de estimular nuevas investigaciones.

En todo proceso de revisión en curso, sobre todo si posee este nivel de complejidad, surgen distintos puntos de vista que, en este caso, se trataron de tener en cuenta y, cuando estaban justificados, de acomodar. Por ejemplo, los trastornos de la personalidad se incluyen en las secciones II y III. La Sección II es una actualización del texto asociado a los mismos criterios que se encuentran en el DSM-IV-TR, mientras que la Sección III contiene el modelo de investigación propuesto para el diagnóstico y la conceptualización de los trastornos de personalidad que ha desarrollado el grupo de trabajo del DSM-5 sobre personalidad y trastornos de la personalidad. Se espera que las dos versiones resulten de utilidad para la clínica y las iniciativas de investigación según vaya evolucionando este campo.

Armonización con la CIE-11

Los grupos encargados de revisar los sistemas del DSM y la CIE tenían el mismo objetivo general de armonizar las dos clasificaciones hasta donde fuera posible por los motivos siguientes:

- La existencia de dos grandes clasificaciones de los trastornos mentales obstaculiza la recogida y el uso de las estadísticas nacionales de salud, el diseño de los ensayos clínicos dirigidos a desarrollar nuevos tratamientos y la consideración de la aplicabilidad general de los resultados por parte de los organismos reguladores internacionales.
- En términos más generales, la existencia de dos clasificaciones complica los intentos de replicar los resultados científicos más allá de las fronteras de cada país.
- Aunque la intención era identificar poblaciones idénticas de pacientes, los diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10 no siempre estaban de acuerdo.

Ya en las primeras fases de las revisiones quedó patente que el uso de una misma estructura organizativa ayudaría a armonizar las clasificaciones. De hecho, el empleo de un marco común contribuyó a integrar las labores de los grupos de trabajo del DSM y la CIE, y a dirigir la atención hacia las cuestiones científicas. La dirección del proyecto *Research Domain Criteria* (RDoC) del NIMH ha refrendado la organización del DSM-5 y la estructura lineal propuesta para la CIE-11 por su coherencia con la estructura general inicial de dicho proyecto.

Naturalmente, en vista del estado actual del conocimiento científico, se esperaban diferencias fundamentales en la clasificación de la psicopatología y en los criterios específicos de determinados trastornos. Sin embargo, la mayoría de las diferencias evidentes entre las clasificaciones del DSM y la CIE no reflejan verdaderas diferencias científicas, sino que representan subproductos históricos de los procesos elaborados por comités independientes.

Para sorpresa de los participantes en ambos procesos de revisión, grandes secciones del contenido coincidían con relativa facilidad, reflejando las virtudes reales de determinadas áreas de la bibliografía científica, como la epidemiología, los análisis de la comorbilidad, los estudios de gemelos y determinados diseños de otro tipo genéticamente informados. En caso de surgir disparidades, casi siempre eran reflejo de la necesidad de decidir en dónde debía colocarse un trastorno ante datos incompletos e incluso contradictorios la mayoría de las veces. Así, por ejemplo, partiendo de los patrones de sín-

tomas, la comorbilidad y los factores de riesgo en común, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) se ubicó con los trastornos del neurodesarrollo, aunque esos mismos datos respaldaban también sólidos argumentos a favor de colocar el TDAH entre los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Estas cuestiones se resolvieron mediante la preponderancia de los datos científicos (muy especialmente, los validadores aprobados por el grupo encargado del desarrollo del DSM-5). No obstante, los grupos de trabajo reconocen que los descubrimientos futuros podrían cambiar la ubicación y el contexto de determinados trastornos y, más aún, que la sencilla organización lineal que mejor se adapta a la práctica clínica podría no captar completamente la complejidad y heterogeneidad de los trastornos mentales. La organización revisada se ha coordinado con el capítulo de la CIE-11 sobre trastornos mentales y del comportamiento (capítulo V), que empleará un sistema ampliado de codificación de tipo numérico-alfanumérico. Sin embargo, el sistema de codificación oficial que se utiliza en Estados Unidos en el momento de publicar este manual es el de la *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM), la adaptación estadounidense de la CIE-9. La aplicación de la *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM), adaptada a partir de la CIE-10, está prevista en Estados Unidos para octubre de 2014. Dada la inminente publicación de la CIE-11, se decidió que fuera esta versión, y no la CIE-10, la utilizada principalmente como base de la armonización. No obstante, puesto que la adopción del sistema de codificación ICD-9-CM seguirá vigente en el momento de publicar el DSM-5, será necesario utilizar los códigos de la ICD-9-CM. Además, como la estructura organizativa del DSM-5 es reflejo de la estructura prevista para la CIE-11, los códigos de dicha CIE-11 seguirán más estrechamente el orden secuencial de los diagnósticos dentro de la estructura de capítulos del DSM-5. Por el momento, tanto los códigos de la ICD-9-CM como los de la ICD-10-CM están indicados para cada trastorno. Estos códigos no estarán en orden secuencial a lo largo del manual, pues se asignaron para complementar estructuras organizativas previas.

Abordaje dimensional del diagnóstico

Tanto en la clínica como en la investigación han surgido problemas estructurales que tienen su raíz en el diseño básico de la anterior clasificación del DSM, compuesta de un gran número de estrechas categorías diagnósticas. Las pruebas relevantes proceden de fuentes diversas, como los estudios de la comorbilidad y la necesidad considerable de diagnósticos no especificados, que suponen la mayoría de los diagnósticos en áreas tales como los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de la personalidad y los trastornos del espectro autista. Los estudios de los factores de riesgo tanto genéticos como ambientales, con independencia de que se trate de investigaciones de gemelos, estudios de la transmisión familiar o análisis moleculares, plantean también dudas sobre la estructura categórica del sistema del DSM. Dado que consideraba que cada diagnóstico estaba categóricamente separado de la salud y de los demás diagnósticos, el enfoque previo del DSM no captaba los muchos síntomas y factores de riesgo que comparten muchos trastornos y que evidencian los estudios de la comorbilidad. Las ediciones anteriores del DSM se centraban en excluir los resultados falsos positivos de los diagnósticos; por tanto, sus categorías eran excesivamente estrechas, como refleja claramente la necesidad generalizada de utilizar los diagnósticos NE. Ciertamente, el objetivo –entonces plausible– de identificar poblaciones homogéneas para el tratamiento y la investigación produjo categorías diagnósticas estrechas que no reflejaban la realidad clínica, la heterogeneidad sintomática de los trastornos, ni la cantidad importante de síntomas que muchos de estos trastornos comparten. La aspiración histórica de alcanzar la homogeneidad diagnóstica mediante la progresiva subtipificación de las categorías de trastornos ya no resulta sensata; al igual que la mayoría de los males humanos más frecuentes, los trastornos mentales son heterogéneos a muchos niveles, que van desde los factores de riesgo genéticos hasta los síntomas.

Con respecto a las recomendaciones de alterar la estructura de capítulos del DSM-5, los miembros del grupo encargado de estudiar los espectros diagnósticos examinaron si había validadores científicos capaces de informar de las posibles nuevas agrupaciones de trastornos emparentados dentro del marco categórico existente. Para tal fin se recomendaron 11 de estos indicadores: sustratos neurales compartidos, rasgos familiares, factores de riesgo genéticos, factores de riesgo ambientales específicos, biomarcadores, antecedentes temperamentales, anomalías del procesamiento emocional o cogni-

tivo, similitud sintomática, curso de la enfermedad, comorbilidad elevada y respuesta común al tratamiento. Estos indicadores sirvieron de normas empíricas para informar de las decisiones tomadas por los grupos de trabajo y el comité elaborador acerca de la forma de agrupar los trastornos maximizando la validez y la utilidad clínica.

Se elaboraron y publicaron una serie de artículos en una importante revista internacional (*Psychological Medicine*, Vol. 39, 2009) como parte de los procesos de desarrollo del DSM-5 y de la CIE-11 con el fin de documentar que estos validadores eran sobre todo útiles para sugerir grandes grupos de trastornos más que para "validar" los criterios diagnósticos de cada trastorno individual. La reagrupación de los trastornos mentales en el DSM-5 pretende permitir que la investigación futura mejore los conocimientos sobre los orígenes de las enfermedades y los aspectos fisiopatológicos comunes a varios trastornos, y crear una base para la replicación futura en la que los datos puedan volver a analizarse con el tiempo para evaluar continuamente su validez. Las constantes revisiones del DSM-5 lo convertirán en un "documento viviente" y adaptable a los descubrimientos futuros de la neurobiología, la genética y la epidemiología.

Basándose en los resultados publicados de este análisis común del DSM-5 y la CIE-11, se demostró que la agrupación de los trastornos según los llamados factores de *interiorización* y *exteriorización* constituye un marco de base empírica. Tanto en el grupo interiorizador (que contiene los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad, depresivos y somáticos) como en el exteriorizador (constituido por los trastornos con síntomas prominentes de impulsividad, conductas disruptivas y consumo de sustancias), los factores genéticos y ambientales compartidos, como muestran los estudios de gemelos, explican probablemente gran parte de la comorbilidad sistémica que se observa en las muestras tanto clínicas como poblacionales. La situación adyacente de los "trastornos interiorizadores", caracterizados por cursar con ánimo deprimido, ansiedad y síntomas fisiológicos y cognitivos relacionados, debería ayudar a elaborar enfoques diagnósticos nuevos, como los abordajes dimensionales, facilitando al mismo tiempo la identificación de marcadores biológicos. Asimismo, la situación adyacente del "grupo exteriorizador", donde se incluyen los trastornos que presentan conductas antisociales, perturbaciones conductuales, adicciones y problemas de control de los impulsos, deberían favorecer el progreso en la identificación de diagnósticos, marcadores y mecanismos de base.

A pesar del problema que plantean los diagnósticos categóricos, el comité elaborador del DSM-5 ha reconocido que proponer definiciones alternativas para la mayoría de los trastornos es algo prematuro desde el punto de vista científico. La estructura organizativa pretende servir de puente hacia los nuevos planteamientos diagnósticos sin perturbar ni la clínica ni la investigación actuales. Con el respaldo de los materiales docentes asociados al DSM, los *National Institutes of Health*, los demás organismos patrocinadores y las publicaciones científicas, el enfoque más dimensional y la estructura organizativa del DSM-5 pueden facilitar la investigación entre las distintas categorías diagnósticas actuales, alentando estudios amplios no tanto en los capítulos propuestos como entre los adyacentes. Esta nueva formulación de los objetivos de la investigación también debería servir para que el DSM-5 siga siendo esencial para el desarrollo de los abordajes diagnósticos dimensionales que probablemente complementarán o sustituirán a los actuales planteamientos categóricos en los próximos años.

Consideraciones sobre el desarrollo y el curso vital

Para mejorar la utilidad clínica, el DSM-5 está organizado teniendo en cuenta el desarrollo y el curso vital. Empieza con los diagnósticos que se cree que son reflejo de procesos del desarrollo que se manifiestan en las fases iniciales de la vida (p. ej., los trastornos del neurodesarrollo, los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), a los que siguen los diagnósticos que se manifiestan más frecuentemente en la adolescencia y en la juventud (p. ej., los trastornos bipolares, depresivos y de ansiedad), y finaliza con los diagnósticos relevantes de la edad adulta y la etapa más tardía (p. ej., los trastornos neurocognitivos). Siempre que ha sido posible, en todos los capítulos se ha realizado un abordaje similar. Esta estructura organizativa facilita el uso detallado de la información sobre el curso vital como forma de ayudar en las decisiones diagnósticas.

La organización propuesta de los capítulos del DSM-5, después de los trastornos del neurodesarrollo, se basa en los grupos siguientes: trastornos de internalización (emocionales y somáticos), trastornos de externalización, trastornos neurocognitivos y otros trastornos. Se espera que esta orga-

nización alentará estudios posteriores sobre los procesos fisiopatológicos de base que aumentan la comorbilidad diagnóstica y la heterogeneidad sintomática. Además, al ordenar los grupos de trastornos de forma que reflejen la realidad clínica, el DSM-5 debería facilitar la identificación de los posibles diagnósticos por aquellos especialistas ajenos a salud mental, como son los médicos de atención primaria.

La estructura organizativa del DSM-5, junto con la armonización con la CIE, se ha diseñado para crear unos conceptos diagnósticos mejores y más flexibles de cara a la nueva era de investigaciones, y para servir de guía útil para que los clínicos expliquen a los pacientes por qué han recibido quizá varios diagnósticos u otros diagnósticos adicionales o diferentes a lo largo de la vida.

Aspectos culturales

Los trastornos mentales se definen en relación a las normas y valores culturales, sociales y familiares. La cultura proporciona marcos interpretativos que dan forma a la experiencia y expresión de los síntomas, signos y comportamientos que constituyen criterios para el diagnóstico. La cultura se transmite, se revisa y recrea dentro de la familia y de otras instituciones y sistemas sociales. La evaluación diagnóstica debe, por tanto, considerar si las experiencias, los síntomas y los comportamientos del individuo difieren de las normas socioculturales y crean problemas de adaptación en las culturas de origen y en determinados contextos sociales o familiares. En el desarrollo del DSM-5 se han tenido en cuenta los aspectos esenciales de la cultura que son relevantes para la clasificación y evaluación diagnóstica.

En la Sección III, el apartado "Formulación cultural" contiene una exposición detallada de la cultura y el diagnóstico en el DSM-5, incluidas herramientas para efectuar una evaluación cultural más profunda. En el Apéndice, el "Glosario de conceptos culturales de malestar" contiene una descripción de algunos síndromes, expresiones de malestar y explicaciones causales de carácter cultural que son frecuentes y relevantes para la práctica clínica.

Los límites entre la normalidad y la patología de determinados tipos de comportamiento varían de una cultura a otra. Los umbrales de tolerancia de determinados síntomas o comportamientos difieren entre culturas, entornos sociales y familias. De ahí los diferentes niveles con que determinada experiencia deviene problemática o patológica. La valoración de que un comportamiento dado es anormal y requiere atención clínica depende de las normas culturales internalizadas por el individuo y aplicadas por quienes lo rodean, incluidos los miembros de la familia y los clínicos. El reconocimiento del significado cultural puede corregir interpretaciones erróneas de la psicopatología, pero la cultura puede también contribuir a la vulnerabilidad y al sufrimiento (p. ej., amplificando los miedos que mantienen un trastorno de pánico o ansiedad en relación con la salud). Las tradiciones, costumbres y significados culturales pueden también contribuir tanto al estigma como al apoyo en la respuesta familiar y social a la enfermedad mental. La cultura puede proporcionar estrategias de afrontamiento que aumentan la resiliencia en respuesta a la enfermedad o sugerir la búsqueda de ayuda y opciones para acceder a los cuidados de salud de varios tipos, incluidos los sistemas de salud complementarios y alternativos. La cultura puede influir en la aceptación o el rechazo de un diagnóstico y en la observancia de los tratamientos, afectando al curso de la enfermedad y a la recuperación. La cultura afecta también a la conducta durante la visita clínica; como resultado, las diferencias culturales entre el clínico y el paciente repercuten en la exactitud y la aceptación del diagnóstico, así como en las decisiones terapéuticas, las consideraciones pronósticas y los resultados clínicos.

Históricamente, el constructo de los síndromes relacionados con la cultura ha sido un interés clave de la psiquiatría cultural. En el DSM-5, este constructo se ha sustituido por tres conceptos que ofrecen mayor utilidad clínica:

1. *Síndrome cultural*: es una agrupación o grupo de síntomas concurrentes, relativamente invariables, que se hallan en un grupo cultural, una comunidad o un contexto específico (p. ej., el *ataque de nervios*). El síndrome puede o no puede ser reconocido como enfermedad dentro de determinada cultura (p. ej., podría ser etiquetado de diversas maneras), pero los patrones culturales del malestar y las características de la enfermedad pueden, sin embargo, ser reconocidos por un observador externo.

2. *Expresión cultural de malestar*: es un término lingüístico, una frase o un modo de hablar sobre el sufrimiento entre los individuos de un grupo cultural (p. ej., de etnia y religión similar) al referirse a los conceptos comunes referentes a la patología y sus formas de expresión, la comunicación y la denominación de las características esenciales del malestar (p. ej., *kufungisia*). Una expresión de malestar no tiene por qué estar relacionada con síntomas, síndromes o causas percibidas específicas. Puede usarse para nombrar un amplio abanico de molestias, incluidas experiencias del día a día, afecciones subclínicas o dolencias debidas a circunstancias sociales más que a trastornos mentales. Por ejemplo, la mayoría de las culturas tienen un conjunto común de expresiones de malestar que se usan para nombrar un amplio abanico de preocupaciones y sufrimientos.
3. *Explicación cultural o causa percibida*: es una etiqueta, atribución o característica en relación con un modelo explicativo que proporciona la etiología o causa de los síntomas, la enfermedad o el malestar y tiene origen cultural (p. ej., *maladi moun*). Las explicaciones causales pueden referirse a las características más destacadas de las clasificaciones populares de las dolencias que utilizan los curanderos o los profanos.

Estos tres conceptos (cuyas explicaciones y ejemplos se localizan en la Sección III y en el Apéndice) indican formas culturales de entender y describir las experiencias de enfermedad que pueden observarse en la entrevista clínica. Dichos conceptos influyen en la psicopatología, la búsqueda de ayuda, las presentaciones clínicas, las expectativas de tratamiento, la adaptación a la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Un mismo término cultural a veces realiza más de una de estas funciones.

Diferencias de género

Se han determinado las diferencias sexuales y de género que guardan relación con las causas y la expresión de varias afecciones médicas, incluidos determinados trastornos mentales. En las revisiones del DSM-5 se incluyó el análisis de las posibles diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la expresión de las enfermedades mentales. En términos de nomenclatura, las *diferencias de sexo* son las variaciones atribuidas a los órganos reproductivos del individuo y al complemento cromosómico XX o XY. Las *diferencias de género* son las variaciones que resultan tanto del sexo biológico como de la autorrepresentación del individuo, incluidas las consecuencias sociales, conductuales y psicológicas del género percibido en uno mismo. El término *diferencias de género* se usa en el DSM-5 porque, la mayoría de las veces, las diferencias entre hombres y mujeres se deben tanto al sexo biológico como a la autorrepresentación individual. Sin embargo, hay algunas diferencias que se basan solamente en el sexo biológico.

El género puede influir en la enfermedad de varias maneras. Primero, puede determinar exclusivamente si el individuo está en situación de riesgo de padecer determinado trastorno (p. ej., el trastorno disfórico premenstrual). Segundo, el género puede moderar el riesgo general de presentar un trastorno, lo que se observa por marcadas diferencias de género en las tasas de prevalencia e incidencia de determinados trastornos mentales. Tercero, el género puede influir en la probabilidad de que los síntomas particulares de un trastorno sean experimentados por el individuo. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad es un ejemplo de trastorno que tiene una presentación típica diferente en los niños y en las niñas. El género tiene probablemente otros efectos sobre la experiencia del trastorno que serían indirectamente relevantes para el diagnóstico psiquiátrico. Puede ser que ciertos síntomas se observen más fácilmente en los hombres o en las mujeres y que ello contribuya a las diferencias existentes en la prestación de servicios (p. ej., es más probable que las mujeres reconozcan el trastorno depresivo, bipolar o de ansiedad y que acepten padecer una lista más completa de síntomas que los hombres).

Los acontecimientos del ciclo reproductivo, incluidas las variaciones estrogénicas, también contribuyen a las diferencias de género en términos de riesgo y expresión de la enfermedad. Por tanto, el especificador de inicio en el posparto que se aplica a un episodio depresivo o maníaco denota un marco temporal en el que la mujer puede tener mayor riesgo de presentar un episodio de la enfermedad. En el caso del sueño y la energía, las alteraciones son a menudo la norma en el posparto y, por tanto, quizá tengan una menor fiabilidad diagnóstica en las mujeres puerperales.

El manual se ha configurado de forma que contenga información sobre el género en múltiples niveles. Si hay síntomas específicos del género, éstos se han añadido a los criterios diagnósticos. Los especificadores relacionados con el género, como el inicio perinatal de los episodios afectivos, aportan

información adicional sobre el género y el diagnóstico. Finalmente, existen otros aspectos pertinentes para las consideraciones sobre diagnóstico y género que pueden encontrarse en la sección "Aspectos diagnósticos relacionados con el género".

Uso de "Otro trastorno especificado" y "Trastorno no especificado"

Para aumentar la especificidad diagnóstica, el DSM-5 sustituye la designación previa NE con dos opciones de uso clínico: *otro trastorno especificado* y *trastorno no especificado.* La categoría de "otro trastorno especificado" sirve para que los clínicos puedan comunicar la razón específica por la que la presentación no cumple los criterios de ninguna categoría específica dentro de una clase diagnóstica. Esto se hace anotando el nombre de la categoría, seguido de la razón específica. Por ejemplo, ante un individuo con síntomas depresivos clínicamente significativos que duran ya 4 semanas, pero cuya sintomatología no alcanza el umbral diagnóstico del episodio depresivo mayor, el clínico anotaría "otro trastorno depresivo especificado", episodio depresivo con síntomas insuficientes. Si el clínico escoge no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico, entonces haría el diagnóstico de "trastorno depresivo no especificado". Nótese que la diferenciación entre "otro trastorno especificado" y "trastorno no especificado" se basa en la decisión del clínico, lo que aporta la máxima flexibilidad al diagnóstico. Los clínicos no tienen que diferenciar entre "otro trastorno especificado" y "trastorno no especificado" basándose en las características de la propia presentación. Cuando el clínico determina que existen datos para poder especificar la naturaleza de la presentación clínica, puede escoger el diagnóstico de "otro trastorno especificado". Si el clínico no es capaz de especificar y describir en más profundidad la presentación clínica, puede escoger el diagnóstico de "trastorno no especificado". La elección se deja totalmente al juicio clínico.

Para una explicación más detallada de cómo usar las designaciones "otro trastorno especificado" y "trastorno no especificado", véase "Utilización del manual" en esta misma Sección I.

El sistema multiaxial

A pesar de haberse usado ampliamente y de su adopción por ciertas agencias gubernamentales y aseguradoras, el sistema multiaxial del DSM-IV no era necesario para realizar el diagnóstico de ningún trastorno mental. Se incluía también un sistema de evaluación no axial que simplemente enumeraba los trastornos y afecciones apropiados de los Ejes I, II y III sin designaciones axiales. El DSM-5 ha evolucionado hacia la documentación no axial de los diagnósticos (antes Ejes I, II y III) con notaciones separadas para los importantes factores contextuales y psicosociales (antes Eje IV) y la discapacidad (antes Eje V). Esta revisión es coherente con el texto del DSM-IV, que afirma: "La distinción multiaxial entre los trastornos de los Ejes I, II y III no implica que haya diferencias fundamentales en su conceptualización, que los trastornos mentales no estén relacionados con factores o procesos biológicos o físicos, ni que las afecciones médicas generales no estén relacionadas con factores o procesos psicosociales o conductuales". El que los diagnósticos estén separados de los factores contextuales y psicosociales es también coherente con las guías de la CIE y la OMS ya consolidadas, que consideran el estado funcional del individuo aparte de sus diagnósticos o de su situación sintomatológica. En el DSM-5, el Eje III se ha combinado con los Ejes I y II. Los clínicos deberían seguir recopilando las enfermedades orgánicas que son importantes para entender o tratar los trastornos mentales del individuo.

El Eje IV del DSM-IV abarcaba los problemas ambientales y psicosociales que podían afectar al diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales. Aunque este eje proporciona información importante, que ciertamente no se ha usado tan frecuentemente como se preveía, el Comité Elaborador del DSM-5 recomendó que éste no desarrollara su propia clasificación de problemas ambientales y psicosociales, sino emplear una selección de los códigos de la CIE-9-MC y de los nuevos códigos Z que contiene la CIE-10-CM. Los códigos Z de la CIE-10 se examinaron para determinar cuáles son los más relevantes para los trastornos mentales e identificar posibles lagunas.

El Eje V del DSM-5 se limita a la escala de evaluación del funcionamiento global (*Global Assessment of Functioning*, GAF), que representa la valoración que realiza el clínico del nivel general de "funcionamiento dentro del hipotético continuo de salud-enfermedad" del individuo. Se recomendó que el GAF se retirara del DSM-5 por varias razones, como su falta de claridad conceptual (incluye síntomas, riesgo de suicidio y discapacidades en su descripción) y sus cuestionables características psicométricas en la práctica habitual. Para tener una medida global de la discapacidad se incluye en la Sección III del DSM-5 el cuestionario de la OMS para evaluar la discapacidad (*WHO Disability Assessment Schedule*, WHODAS), que permite un estudio más extenso (véase el capítulo "Medidas de evaluación"). El WHODAS se basa en la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF) y se ha concebido para usarse en toda la medicina y demás ámbitos sanitarios. El WHODAS (versión 2.0) y la modificación desarrollada para niños/adolescentes y sus padres por el grupo para el estudio del deterioro y la discapacidad se incluyeron en el estudio de campo del DSM-5.

Mejoras *online*

Resultó estimulante determinar lo que habría de incluirse en la versión impresa del DSM-5 para que fuera lo más relevante y útil desde el punto de vista clínico y al mismo tiempo mantuviera un tamaño manejable. Por este motivo, la inclusión de escalas y medidas de evaluación clínica en la edición impresa se ha limitado a aquéllas consideradas más relevantes. Las medidas de evaluación adicional utilizadas en los estudios de campo están disponibles *online* (www.medicapanamericana.com/dsm5/), vinculadas a los trastornos correspondientes. La entrevista de formulación cultural (Cultural Formulation Interview), la entrevista de formulación cultural en versión para el informador (Cultural Formulation Interview-Informant Version) y los módulos suplementarios del núcleo de la entrevista de formulación cultural también están disponibles *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

El DSM-5 está disponible en ingles en forma de suscripción *online* en PsychiatryOnline.org, así como también en formato de libro electrónico. La versión de internet contiene módulos y herramientas de evaluación para mejorar los criterios diagnósticos y el texto. También está disponible a través de internet un listado completo de las referencias bibliográficas, además de otras informaciones útiles. La estructura organizativa del DSM-5, su uso de medidas dimensionales y su compatibilidad con los códigos de la CIE permitirán que sea fácilmente adaptable a los descubrimientos científicos futuros y al perfeccionamiento de su utilidad clínica. El DSM-5 será analizado a lo largo del tiempo para evaluar de forma continua su validez y mejorar su valor para los clínicos.

<= Ir al Índice

Utilización del manual

La introducción contiene bastante información sobre la historia y el proceso de desarrollo de la revisión del DSM-5. Esta sección se ha diseñado como guía práctica para la utilización del DSM-5, en particular, en la práctica clínica. El objetivo principal del DSM-5 consiste en ayudar a los profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo. Los síntomas que se incluyen en cada uno de los conjuntos de criterios diagnósticos no constituyen una definición integral de los trastornos subyacentes, que abarcan todos los procesos cognitivos, emocionales, de comportamiento y fisiológicos y son bastante más complejos de lo que se puede explicar en estos breves resúmenes. Lo que se pretende es más bien que sea un resumen de los síndromes característicos, con los signos y síntomas que apuntan hacia el trastorno de base, con la historia evolutiva característica, sus factores de riesgo biológico y ambientales, sus correlaciones neuropsicológicas y fisiológicas, y su curso clínico típico.

Abordaje para la formulación del caso clínico

La formulación del caso de cualquier paciente debe incluir una historia clínica detallada y un resumen detallado de los factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden haber contribuido a la aparición de determinado trastorno mental. Es decir, para establecer un diagnóstico de trastorno mental no basta con comprobar la presencia de los síntomas citados en los criterios de diagnóstico. Aunque la comprobación sistemática de la presencia de estos criterios y de la forma en que los presenta cada paciente garantiza una evaluación más fiable, la gravedad relativa y la validez de cada criterio individual, así como su contribución al diagnóstico, requieren un juicio clínico. Los síntomas de nuestros criterios diagnósticos forman parte de un repertorio relativamente limitado de respuestas emocionales humanas a tensiones internas y externas, que generalmente se mantienen en un equilibrio homeostático, sin interrupción, en condiciones normales. Se necesita formación clínica para decidir cuándo la combinación de factores predisponentes, desencadenantes, perpetuadores y protectores ha dado lugar a una afección psicopatológica cuyos signos y síntomas rebasan los límites de la normalidad. El objetivo final de la redacción de la historia clínica radica en la utilización de la información disponible sobre el contexto y el diagnóstico para elaborar un plan de tratamiento integral adecuadamente fundamentado en el contexto cultural y social del individuo. Sin embargo, las recomendaciones para la selección y la utilización de las opciones de tratamiento más adecuadas para cada trastorno sobre la base de la evidencia científica superan los límites de este manual.

Aunque los criterios de diagnóstico de los distintos trastornos, que se incluyen en la Sección II, son fruto de décadas de esfuerzo científico, es bien sabido que este conjunto de categorías diagnósticas no puede describir con absoluto detalle toda la gama de trastornos mentales que pueden experimentar los individuos y presentarse a diario ante cualquier médico en cualquier parte del mundo. El abanico de interacciones genéticas y ambientales, que a lo largo del desarrollo humano han afectado a su función cognitiva, emocional y comportamental, es prácticamente ilimitado. En consecuencia, es imposible abarcar absolutamente toda la psicopatología en las categorías de diagnóstico que se están utilizando ahora. Por eso es necesario incluir las opciones de "otros especificados/no especificados" para aquellos cuadros que no se ajustan exactamente a los límites diagnósticos de los trastornos de cada capítulo. A veces, en la sala de urgencias sólo será posible identificar los síntomas más destacados asociados a un capítulo concreto (por ejemplo, ideas delirantes, aluci-

naciones, manías, depresión, ansiedad, intoxicación por sustancias o síntomas neurocognitivos) y que provisionalmente se definirán como un trastorno "no especificado" de esa categoría, a la espera de poder hacer un diagnóstico diferencial completo.

Definición de trastorno mental

Cada uno de los trastornos identificados en la Sección II del manual (excepto los de los capítulos titulados "Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos" y "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica") debe cumplir la definición de trastorno mental. Aunque ninguna definición puede abarcar todos los aspectos de todos los trastornos que contiene el DSM-5, se deben cumplir los siguientes elementos:

> Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente.

El diagnóstico del trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados terapéuticos en sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado (p. ej., la presencia de ideas de suicidio), el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado al síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles, y otros factores (p. ej., los síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades). Por eso, a veces, el médico se encuentra con pacientes cuyos síntomas no cumplen todos los criterios de determinado trastorno mental, pero que claramente necesitan tratamiento o asistencia. El hecho de que algunos individuos no presenten todos los síntomas característicos de un diagnóstico no se debe utilizar para justificar la limitación de su acceso a una asistencia adecuada.

El abordaje para validar los criterios diagnósticos de las distintas categorías de trastornos mentales se ha basado en los siguientes tipos de evidencia: factores validantes de los antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y exposición al entorno), factores validantes simultáneos (sustratos neurales similares, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo, y similitud de síntomas) y factores validantes predictivos (curso clínico y respuesta al tratamiento similares). En el DSM-5 se reconoce que los criterios diagnósticos actuales para cada trastorno no identifican necesariamente un grupo homogéneo de pacientes que pueda ser caracterizado con fiabilidad con todos estos factores validantes. Los datos existentes demuestran que, si bien estos factores validantes sobrepasan los límites actuales del diagnóstico, tienden a congregarse con mayor frecuencia dentro de los capítulos adyacentes del DSM-5 y entre ellos. Hasta que se identifiquen de forma incontestable los mecanismos etiológicos o fisiopatológicos que permitan validar por completo un trastorno o un espectro de trastornos específico, la regla más importante para establecer los criterios del trastorno del DSM-5 será su utilidad clínica para valorar su curso y la respuesta de los individuos agrupados en función de un conjunto dado de criterios diagnósticos.

Esta definición de trastorno mental se redactó con fines clínicos, de salud pública y de investigación. Habitualmente se necesita más información que la que contienen los criterios diagnósticos del DSM-5 para hacer juicios legales sobre temas tales como la responsabilidad criminal, la elegibilidad para recibir una compensación por discapacidad y la competencia (véase "Declaración cautelar para el empleo forense del DSM-5" más adelante en esta misma sección).

Criterios de significación clínica

El comité elaborador del DSM-5 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han hecho importantes esfuerzos para separar los conceptos de trastorno mental y de discapacidad (desequilibrios en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes). En el sistema de la OMS, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) abarca todas las enfermedades y trastornos, mientras que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye una clasificación independiente para la discapacidad global. A su vez se ha demostrado que el cuestionario para evaluar la discapacidad de la OMS (WHODAS), que se basa en la CIF, es una medida estandarizada útil de la discapacidad causada por los trastornos mentales. Sin embargo, en ausencia de marcadores biológicos claros o de medidas clínicas útiles de la gravedad de muchos trastornos mentales, no ha sido posible separar por completo las expresiones de los síntomas normales y patológicos que se incluyen en los criterios diagnósticos. Esta carencia de información es especialmente problemática en las situaciones clínicas en que el síntoma que presenta el paciente no es, en sí mismo (especialmente en grados leves), inherentemente patológico y puede encontrarse en individuos para los que un diagnóstico de "trastorno mental" sería inadecuado. Por eso se ha utilizado el criterio general de exigir que haya malestar significativo o discapacidad al determinar los umbrales del trastorno; habitualmente se dice que "el trastorno provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo". El texto obtenido tras la definición revisada de trastorno mental destaca que este criterio puede ser especialmente útil para determinar la necesidad de tratamiento del paciente. Siempre que sea necesario se recomienda aprovechar la información de otros miembros de la familia y de terceros (además de la del propio afectado) sobre las actitudes del paciente.

Elementos de un diagnóstico

Criterios diagnósticos y elementos descriptivos

Los criterios diagnósticos se plantean como directrices para establecer un diagnóstico y su utilización debe estar presidida por el juicio clínico. Las descripciones en forma de texto del DSM-5, incluidas las secciones introductorias de cada capítulo, pueden ayudar a cimentar el diagnóstico (p. ej., aportando diagnósticos diferenciales o detallando mejor los criterios en el apartado "Características diagnósticas").

Una vez hecha la evaluación de los criterios diagnósticos, será el médico quien decida la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere más adecuados. Hay que citar los especificadores de la gravedad y del curso para definir el estado actual del individuo, pero sólo cuando se cumplan todos los criterios. Si no se cumplen todos los criterios, el clínico deberá considerar si la presentación de los síntomas cumple los criterios para poder ser denominada "otra especificada" o "no especificada". Siempre que sea posible se indicarán los criterios específicos para definir la gravedad del trastorno (es decir, leve, moderado, grave, extremo), sus características descriptivas (p. ej., con introspección buena o aceptable, en un entorno controlado) y su curso (p. ej., en remisión parcial, en remisión total, recidiva). En función de la entrevista clínica, las descripciones del texto, los criterios y el juicio clínico se hace el diagnóstico final.

El acuerdo general del DSM-5 es permitir que se asignen múltiples diagnósticos a los cuadros que reúnan los criterios de más de un trastorno del DSM-5.

Subtipos y especificadores

Se indican subtipos y especificadores (algunos codificados en el cuarto, quinto o sexto dígito) para incrementar la especificidad. Los subtipos se definen como subgrupos fenomenológicos del diagnóstico, mutuamente exclusivos y en conjunto exhaustivos, y se indican con la instrucción "especificar si" dentro del conjunto de criterios. Por el contrario, los especificadores no pretenden ser mutuamente exclusivos o en conjunto exhaustivos y, en consecuencia, se puede citar más de un especificador. Los especificadores se indican con la instrucción "especificar" o "especificar si" dentro del conjunto de criterios. Los especificadores ofrecen la oportunidad de definir un subgrupo más homogéneo de

individuos que sufren el trastorno y comparten determinadas características (p. ej., trastorno mayor de depresión con características mixtas), y aportan información relevante para el tratamiento del trastorno del individuo, como la especificación "con otra comorbilidad médica" en los trastornos del sueño y la vigilia. Aunque a veces se asigna un quinto dígito para codificar un subtipo o un especificador (p. ej., 294.11 [F02.81] trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento), o la gravedad (296.21 [F32.0] trastorno depresivo mayor, episodio único, leve), la mayoría de los subtipos y especificadores que se incluyen en el DSM-5 no se pueden codificar con los sistemas CIE-9-MC ni CIE-10-MC; por eso se indican solamente incluyendo el subtipo o el especificador tras el nombre del trastorno (p. ej., trastorno de ansiedad social [fobia social], tipo de actuación).

Obsérvese que, en algunos casos, el especificador o el subtipo se puede codificar en la CIE-10-MC pero no en la CIE-9-MC. En consecuencia, en algunos casos se cita la cuarta o quinta cifra del código del subtipo o del especificador, que solamente hace referencia a los códigos de la CIE-10-MC.

Habitualmente, el diagnóstico del DSM-5 se aplica al estado actual que presenta el individuo en ese momento; los diagnósticos anteriores de los que el individuo ya se ha recuperado se deben identificar claramente como tales. Los especificadores que se refieren al curso (es decir, en remisión parcial, en remisión total) deben enumerarse al final del diagnóstico y se indican en algunos conjuntos de criterios. Cuando existen, se indican especificadores de gravedad para ayudar al médico a clasificar la intensidad, la frecuencia, la duración, el número de síntomas y otros indicadores de la gravedad. Las especificaciones de la gravedad están indicadas con la instrucción "especificar la gravedad actual" en el conjunto de criterios e incluyen definiciones específicas de los trastornos. También se han incluido especificadores descriptivos en el conjunto de criterios, que aportan información adicional capaz de fundamentar la planificación del tratamiento (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo con escasa introspección). No todos los trastornos contienen especificadores del curso, la gravedad y sus características descriptivas.

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otras afecciones que pueden ser el foco de atención clínica

Además de importantes factores psicosociales y del entorno, se incluyen afecciones que no son trastornos mentales pero con las que se puede encontrar el clínico que se ocupa de la salud mental. Estas afecciones aparecen en forma de lista de razones para la visita médica, además de –o en lugar de– los trastornos mentales enumerados en la Sección II. Se dedica otro capítulo aparte a los trastornos inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de éstos que pueden ser evaluados y tratados por los clínicos que se ocupan de la salud mental, como la acatisia, la discinesia tardía o la distonía. La descripción del síndrome neuroléptico maligno se amplía en relación con la que se dio en el DSM-IV-TR para destacar la naturaleza urgente y potencialmente mortal de esta afección; se añade una entrada nueva sobre el síndrome de interrupción de los antidepresivos. Otro capítulo revisa otras afecciones merecedoras de atención clínica. En él se incluyen los problemas de relación, los problemas relacionados con el abuso y la negligencia, los problemas de cumplimiento de las pautas terapéuticas, la obesidad, el comportamiento antisocial y las simulaciones.

Diagnóstico principal

Cuando un paciente hospitalizado recibe más de un diagnóstico, el diagnóstico principal es la afección que se establece como causa fundamental del ingreso del paciente. Cuando un paciente ambulatorio recibe más de un diagnóstico, el motivo de la visita es la afección fundamental responsable de la asistencia médica ambulatoria recibida durante la visita. En la mayoría de los casos, el diagnóstico principal o el motivo de la visita también es el principal foco de atención o de tratamiento. Con frecuencia es difícil (y a veces arbitrario) determinar cuál es el diagnóstico principal o el motivo de la visita, especialmente cuando un diagnóstico relacionado con una sustancia, como por ejemplo el trastorno por consumo de alcohol, viene acompañado de otro diagnóstico que no tiene relación con ninguna sustancia, como la esquizofrenia. En este ejemplo se pueden tener dudas a la hora de decidir

qué diagnóstico debe ser considerado "principal" en un individuo hospitalizado con esquizofrenia y trastorno por consumo de alcohol, pues ambas afecciones pueden haber contribuido por igual a la necesidad de ingreso y de tratamiento. El diagnóstico principal debe citarse en primer lugar y el resto de los trastornos se citan por orden de necesidad de atención y tratamiento. Cuando el diagnóstico principal o el motivo de la visita es un trastorno mental debido a una afección médica (p. ej., un trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, un trastorno psicótico debido a un cáncer de pulmón), las reglas de codificación de la CIE indican que la etiología de la afección médica se debería citar en primer lugar. En ese caso, el diagnóstico citado en segundo lugar sería el trastorno mental debido a la afección médica, que correspondería al diagnóstico principal o al motivo de la visita. En la mayoría de los casos, el trastorno citado como diagnóstico principal o motivo de la visita va seguido de una frase calificativa "(diagnóstico principal)" o "(motivo de la visita)".

Diagnóstico provisional

El especificador "provisional" se puede utilizar cuando existe una fundada suposición de que al final se cumplirán todos los criterios de un trastorno, aunque en el momento de establecer el diagnóstico no exista información suficiente para considerarlo definitivo. El clínico puede indicar la incertidumbre anotando "(provisional)" después del diagnóstico. Por ejemplo, este diagnóstico se puede utilizar cuando un individuo que parece sufrir un trastorno depresivo mayor no es capaz de dar información adecuada para la anamnesis y, por lo tanto, no se puede confirmar si cumple todos los criterios. Otro uso del término provisional se aplica a las situaciones en las que el diagnóstico diferencial depende exclusivamente de la duración de la enfermedad. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme requiere una duración superior a un mes e inferior a seis meses, y por eso sólo se puede aplicar provisionalmente mientras no se haya alcanzado la remisión.

Métodos de codificación y procedimientos de registro

Cada trastorno va acompañado de una identificación diagnóstica y de un código estadístico que es el que usan las instituciones y los departamentos de salud para la obtención de datos y con fines de facturación. Existen protocolos de registro específicos para estos códigos diagnósticos (identificados como notas de codificación en el texto) que fueron redactados por la OMS, y por los centros norteamericanos *Medicare and Medicaid Services* (CMS), Centros para el Control de Enfermedades y Centro Nacional de Prevención para Estadísticas de Salud, con el objetivo de garantizar una codificación internacional uniforme de las tasas de prevalencia y de mortalidad de las afecciones de salud identificadas. La mayoría de los clínicos usan los códigos para identificar el diagnóstico o el motivo de la visita a los CMS y en los casos de reclamación a los seguros privados. El sistema oficial de codificación que se usa en Estados Unidos en el momento de la publicación de esta guía es la CIE-9-MC. La adopción oficial de la CIE-10-MC está programada para el 10 de octubre de 2014, por lo que no se deben utilizar los códigos correspondientes, que en esta guía se indican entre paréntesis, hasta que se produzca su implantación oficial. Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC se han listado, por un lado, precediendo al nombre del trastorno en la clasificación y, por el otro, acompañando al conjunto de criterios de cada trastorno. Para algunos diagnósticos (p. ej., trastornos neurocognitivos o trastornos inducidos por sustancias/medicamentos) el código correcto dependerá de su especificación posterior e irá incluido dentro de los criterios establecidos para definir el trastorno en forma de notas de codificación; en algunos casos, se explicarán con más detalle en una sección sobre procedimientos de registro. Los nombres de los trastornos van seguidos por una denominación alternativa, entre paréntesis, que en la mayoría de los casos es el nombre dado al trastorno en el DSM-IV.

Mirando al futuro: herramientas de evaluación y seguimiento

Los diversos componentes del DSM-5 pretenden facilitar la evaluación del paciente y ayudar en el proceso de formulación del caso de forma integral. Mientras que los criterios de diagnóstico de la Sección II son medidas bien definidas que han pasado por una amplia revisión, se considera que las

herramientas de evaluación, la entrevista adaptada a los aspectos culturales y las afecciones que necesitan más estudio, que se incluyen en la Sección III, no disponen todavía de pruebas científicas suficientes para avalar su aplicación generalizada en la clínica. Estas ayudas y criterios de diagnóstico se incluyen para destacar la evolución y dirección de los avances científicos en estas áreas, y para estimular que se siga investigando.

Cada una de las medidas de la Sección III se ofrece como ayuda para hacer una evaluación integral de los individuos que contribuirá al diagnóstico y a diseñar un plan de tratamiento ajustado al cuadro clínico y a su contexto. Dado que la dinámica cultural es especialmente importante para la evaluación y el diagnóstico, la entrevista adaptada a los aspectos culturales se debería considerar un elemento de ayuda útil para comunicarse con el individuo. Los síntomas diagnósticos transversales y las escalas de gravedad específicas de los diagnósticos suponen una clasificación cuantitativa de importantes áreas clínicas y están diseñadas para utilizarse en la primera evaluación y poder establecer así una situación inicial que permita su comparación con las clasificaciones, para hacer un seguimiento en las visitas posteriores y fundamentar la planificación del tratamiento.

La aplicación de estas medidas sin duda será más fácil gracias a la tecnología digital; las escalas de medida se incluyen en la Sección III para que sean evaluadas y desarrolladas. Igual que en cada edición del DSM, los criterios diagnósticos y la clasificación de los trastornos mentales del DSM-5 reflejan el consenso actual sobre la evolución de los conocimientos en este campo.

<= Ir al Índice

Declaración cautelar para el empleo forense del DSM-5

Aunque los criterios diagnósticos y el texto del DSM-5 se han pensado fundamentalmente para ayudar al clínico a realizar la evaluación clínica, la formulación del caso y el plan de tratamiento, el DSM-5 también lo utilizan como referencia los juzgados/tribunales y los abogados para evaluar las consecuencias forenses de los trastornos mentales. En consecuencia, es importante observar que la definición de trastorno mental que contiene el DSM-5 se redactó para satisfacer las necesidades de los clínicos, los profesionales de la salud pública y los investigadores, antes que las necesidades técnicas de los juzgados y de los profesionales que prestan servicios legales. También es importante observar que el DSM-5 no ofrece ninguna recomendación de tratamiento para ningún trastorno.

Si se usan adecuadamente, la información diagnóstica y el procedimiento para obtenerla pueden ayudar a los profesionales de la ley a tomar decisiones. Por ejemplo, cuando es fundamental confirmar la presencia de un trastorno mental para cualquier determinación legal posterior (p. ej., confinamiento civil involuntario), la aplicación de un sistema de diagnóstico consensuado refuerza la validez y la fiabilidad de dicha determinación. Al ser un compendio basado en la revisión de la correspondiente bibliografía clínica y de investigación, el DSM-5 ayuda a quienes tienen que tomar decisiones legales a comprender las características relevantes de los trastornos mentales. La bibliografía relacionada con los diagnósticos también sirve para descartar cualquier especulación sin fundamento sobre el trastorno mental y para entender el comportamiento del individuo. Finalmente, la información sobre la evolución clínica ayudará a mejorar la toma de decisiones cuando la cuestión legal se relacione con el funcionamiento mental del individuo en instantes pasados o futuros.

Sin embargo, la aplicación del DSM-5 debe ir acompañada de una advertencia sobre los riesgos y limitaciones que plantea su utilización en cuestiones forenses. Cuando se emplean las categorías, los criterios y las descripciones textuales del DSM-5 con fines legales, existe el riesgo de que la información sobre el diagnóstico se use o entienda incorrectamente. Estos peligros se derivan del desajuste existente entre las cuestiones fundamentales que interesan a la ley y la información que contiene el diagnóstico clínico. En la mayoría de los casos, el diagnóstico clínico de un trastorno mental del DSM-5, como una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), una esquizofrenia, un trastorno neurocognitivo mayor, una ludopatía o una pedofilia, no implica que el individuo con dicha afección cumpla los criterios legales respecto a la existencia de un trastorno mental, ni los de una norma legal concreta (por ejemplo, competencia, responsabilidad criminal o discapacidad). Para esto último acostumbra a ser necesaria más información que la que contiene el diagnóstico del DSM-5, como podría ser la información sobre el deterioro funcional del individuo y sobre la forma en que éste afecta a las capacidades en cuestión. Precisamente por el hecho de que los impedimentos, las capacidades y las discapacidades pueden variar mucho dentro de cada categoría diagnóstica, la atribución de un diagnóstico concreto no implica un grado específico de desequilibrio o de discapacidad.

No se recomienda que las personas sin formación clínica o médica y, en general, sin formación adecuada utilicen el DSM-5 para valorar la presencia de un trastorno mental. Asimismo, también debemos advertir a quienes tomen decisiones no clínicas que el diagnóstico no implica necesariamente una etiología o unas causas concretas del trastorno mental del individuo, ni constituye una valoración del grado de control que éste pueda tener sobre los comportamientos quizá asociados a dicho trastorno. Aunque la reducción de la capacidad de controlar el propio comportamiento sea una característica del trastorno, el diagnóstico en sí mismo no demuestra que el individuo en cuestión sea (o haya sido) incapaz de controlar su comportamiento en un momento dado.

<= Ir al Índice

SECCIÓN II

Criterios y códigos diagnósticos

Esta sección contiene los criterios diagnósticos aprobados para el uso clínico habitual junto a los códigos de la CIE-9-MC (los códigos de la CIE-10 se muestran entre paréntesis). Dentro de cada trastorno mental, los criterios diagnósticos van seguidos de un texto descriptivo cuyo fin es facilitar las decisiones diagnósticas. En caso necesario, en los criterios diagnósticos se incluyen procedimientos de registro específicos que ayudarán a elegir el código más apropiado. En algunos casos se incluyen procedimientos de registro diferentes para la CIE-9-MC y la CIE-10-MC. Aunque no se consideran oficialmente trastornos en el DSM-5, para poder indicar otros motivos de consulta, como factores medioambientales y problemas relacionales, se incluyen los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los fármacos, y aquellas otras situaciones que pudieran ser objeto de atención clínica (incluidos otros códigos V de la CIE-9-MC y los futuros códigos Z de la CIE-10-MC). Estos códigos se han adaptado a partir de la CIE-9-MC y la CIE-10-MC, y nunca han sido revisados ni aprobados como diagnósticos oficiales del DSM-5, aunque pueden ampliar el contexto de cara a la formulación clínica y el plan de tratamiento. Estos tres componentes —los criterios y su texto descriptivo, los trastornos del movimiento inducidos por medicamentos y demás efectos adversos de los fármacos, y las descripciones de otras situaciones que pudieran ser objeto de atención clínica— son los componentes esenciales del proceso diagnóstico clínico, motivo por el que se incluyen juntos.

<= Ir al Índice

Trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia. Los trastornos del neurodesarrollo concurren frecuentemente; por ejemplo, los individuos con un trastorno del espectro autista a menudo tienen una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y muchos niños con un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) también tienen un trastorno específico del aprendizaje. Para algunos trastornos, la presentación clínica incluye síntomas por exceso además de los debidos al déficit y al retraso en el alcance de los hitos esperados. Por ejemplo, el trastorno del espectro autista se diagnostica solamente cuando los déficits característicos de la comunicación social están acompañados por comportamientos excesivamente repetitivos, por intereses restringidos y por la insistencia en la monotonía.

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) se caracteriza por un déficit de las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Éstos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en casa o en la comunidad. El retraso general del desarrollo, como sugiere su nombre, se diagnostica cuando un individuo no alcanza los hitos esperados del desarrollo en varias áreas del funcionamiento intelectual. El diagnóstico se utiliza en los individuos que son incapaces de someterse a evaluaciones sistemáticas del funcionamiento intelectual, incluidos los niños demasiado pequeños para que les administren pruebas estandarizadas. La discapacidad intelectual puede deberse a un daño adquirido durante el período del desarrollo a causa, por ejemplo, de una lesión cerebral grave, en cuyo caso también puede diagnosticarse un trastorno neurocognitivo.

Los trastornos de la comunicación incluyen el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la comunicación social (pragmático) y el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). Los primeros tres trastornos se caracterizan por déficits en el desarrollo y en el uso del lenguaje, el habla y la comunicación social, respectivamente. El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia se caracteriza por alteraciones de la fluidez normal y la producción motora del habla, como la repetición de sonidos o sílabas, la prolongación de los sonidos de las consonantes o las vocales, las palabras fragmentadas, los bloqueos y las palabras producidas con exceso de tensión física. Como otras alteraciones del neurodesarrollo, los trastornos de la comunicación comienzan precozmente y pueden producir deficiencias funcionales durante toda la vida.

El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. Como los síntomas cambian con el desarrollo y pueden enmascararse por mecanismos compensatorios, los criterios diagnósticos pueden cumplirse

<= Ir a la Clasificación

basándose en la información histórica, aunque la presentación actual tiene que causar un deterioro significativo.

Dentro del diagnóstico del trastorno del espectro autista, las características clínicas individuales se registran a través del uso de especificadores (con o sin déficit intelectual acompañante; con o sin deterioro del lenguaje acompañante; asociado a una afección médica/genética o ambiental/adquirida conocida; asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento), además de especificadores que describen los síntomas autistas (edad de la primera preocupación; con o sin pérdida de habilidades establecidas; gravedad). Estos especificadores ofrecen a los clínicos la oportunidad de individualizar el diagnóstico y de comunicar una descripción clínica más detallada de los individuos afectados. Por ejemplo, muchos individuos previamente diagnosticados de trastorno de Asperger ahora recibirían un diagnóstico de trastorno del espectro autista sin deterioro intelectual ni del lenguaje.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. La inatención y la desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, que parezca que no escuchan y que pierdan los materiales a unos niveles que son incompatibles con la edad o el nivel del desarrollo. La hiperactividad-impulsividad implica actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en las actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o el nivel del desarrollo. En la infancia, el TDAH frecuentemente se solapa con trastornos que a menudo se consideran "trastornos exteriorizadores", como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta. El TDAH a menudo persiste hasta la edad adulta, con consecuentes deterioros del funcionamiento social, académico y ocupacional.

Los trastornos motores del neurodesarrollo incluyen el trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno de movimientos estereotipados y los trastornos de tics. El trastorno del desarrollo de la coordinación se caracteriza por déficits en la adquisición y ejecución de las habilidades motoras coordinadas, y se manifiesta con una torpeza y lentitud o inexactitud en la ejecución de las habilidades motoras que interfiere con las actividades de la vida cotidiana. El trastorno de movimientos estereotipados se diagnostica cuando el individuo tiene comportamientos motores repetitivos, aparentemente guiados y sin objetivo, como agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse o darse golpes. Los movimientos interfieren con las actividades sociales, académicas u otras. Si los comportamientos causan autolesiones, esto se debería especificar como parte de la descripción diagnóstica. Los trastornos de tics se caracterizan por la presencia de tics motores o vocales, que son movimientos o vocalizaciones súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados. La duración, la supuesta etiología y la presentación clínica definen el trastorno de tics específico que se diagnostica: el trastorno de la Tourette, el trastorno de tics motores o vocales persistentes (crónico), el trastorno de tics transitorio, otro trastorno de tics especificado y el trastorno de tics no especificado. El trastorno de la Tourette se diagnostica cuando el individuo tiene múltiples tics motores y vocales que han estado presentes durante al menos 1 año y que tienen un curso sintomático fluctuante.

El trastorno específico del aprendizaje, como sugiere su nombre, se diagnostica cuando hay déficits específicos en la capacidad del individuo para percibir o procesar información eficientemente y con precisión. Este trastorno del neurodesarrollo se manifiesta primero durante los años escolares y se caracteriza por dificultades persistentes que impiden el aprendizaje de las aptitudes académicas básicas de lectura, escritura y matemáticas. El rendimiento del individuo en las habilidades académicas afectadas está por debajo de la media de su edad o se alcanzan los niveles aceptables de rendimiento solamente con un esfuerzo extraordinario. El trastorno específico del aprendizaje puede afectar a individuos con una inteligencia "dotada" y manifestarse solamente cuando las exigencias del aprendizaje o los procedimientos de evaluación (p. ej., las pruebas cronometradas) ponen barreras que no pueden superar con su inteligencia innata y sus estrategias compensatorias. En todos los individuos, el trastorno específico del aprendizaje puede producir deficiencias durante toda la vida en las actividades que dependen de habilidades y conocimientos, incluido el rendimiento ocupacional.

El uso de especificadores para el diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo enriquece la descripción clínica del curso clínico del individuo y de la sintomatología actual. Además de los especificadores que describen la presentación clínica, como la edad de inicio o las clasificaciones de la gravedad, los trastornos del neurodesarrollo pueden incluir el especificador "asociado a una afección médica o genética conocida o a un factor ambiental". Este especificador permite a los clínicos docu-

mentar factores que podrían haber intervenido en la etiología del trastorno, además de los que podrían afectar al curso clínico. Entre los ejemplos se incluyen los trastornos genéticos, como el síndrome de la X frágil, la esclerosis tuberosa y el síndrome de Rett; afecciones médicas como la epilepsia, y factores ambientales como el peso al nacer muy bajo y la exposición fetal al alcohol (incluso en ausencia de los estigmas del síndrome alcohólico fetal).

Discapacidades intelectuales

Discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual)

Criterios diagnósticos

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Especificar la gravedad actual (véase la Tabla 1):

317 (F70) Leve
318.0 (F71) Moderado
318.1 (F72) Grave
318.2 (F73) Profundo

Especificadores

Los diversos niveles de gravedad se definen según el funcionamiento adaptativo, y no según las puntuaciones de cociente intelectual (CI), porque es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos requerido. Además, las medidas de CI son menos válidas para las puntuaciones más bajas del rango de CI.

<= Ir a la Clasificación

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Leve	En los niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En los niños de edad escolar y en los adultos existen dificultades en el aprendizaje de las aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En los adultos existe alteración del pensamiento abstracto, de la función ejecutiva (es decir, la planificación, la definición de estrategias, la determinación de prioridades y la flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p. ej., leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto de los problemas y las soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.	En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado para la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y del comportamiento de forma apropiada para la edad; estas dificultades son percibidas por sus iguales en las situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).	El individuo puede funcionar de forma apropiada para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con las tareas complejas de la vida cotidiana en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica normalmente la compra, el transporte, la organización doméstica y el cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque necesita ayuda respecto al juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en los trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y sobre temas legales, y para aprender a realizar de manera competente una ocupación que requiera habilidad. Se necesita normalmente ayuda para criar una familia.

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) *(cont.)*

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Moderado	Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En los preescolares, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. En los niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En los adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua a diario para completar las tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otras personas podrían tener que encargarse de la totalidad de las responsabilidades del individuo.	El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente el principal instrumento de comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y a los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, estos individuos podrían no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad, que normalmente se desarrolla con los compañeros, con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación o sociales. Para tener éxito en el trabajo es necesaria una ayuda social y comunicativa importante.	El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer y vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y podría necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, podría participar en todas las tareas domésticas de la vida adulta, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Podrá asumir encargos independientes en los trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesitará una ayuda considerable de sus compañeros y supervisores, y de otras personas, para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y las responsabilidades complementarias, como la programación, el transporte, los beneficios sanitarios y la gestión del dinero. Se pueden desarrollar diversas habilidades recreativas. Estas personas necesitan normalmente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un período de tiempo largo. Una minoría importante presenta un comportamiento inadaptado que causa problemas sociales.

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) *(cont.)*

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Grave	Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de los conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de los problemas durante toda la vida.	El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras o frases sueltas y se puede complementar con medios potenciadores. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia y con otros parientes son fuente de placer y de ayuda.	El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y realizar las funciones excretoras. El individuo necesita supervisión constante. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre el bienestar propio o de otras personas. En la vida adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica aprendizaje a largo plazo y con ayuda constante. En una minoría importante existen comportamientos inadaptados, incluidas las autolesiones.
Profundo	Las habilidades conceptuales se refieren generalmente al mundo físico más que a procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos específicos para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades visoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en las características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir el uso funcional de los objetos.	El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante la comunicación no verbal y no simbólica El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, con los cuidadores y con otros parientes, e inicia y responde a las interacciones sociales mediante señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa. Las acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con un alto nivel de ayuda continua. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros. La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la mera observación) en las actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En una minoría importante existen comportamientos inadaptados.

Características diagnósticas

Las características principales de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) son las deficiencias de las capacidades mentales generales (Criterio A) y las que afectan al funcionamiento adaptativo cotidiano, en comparación con los sujetos de igual edad, género y nivel sociocultural (Criterio B). El inicio se produce durante el período del desarrollo (Criterio C). El diagnóstico de discapacidad intelectual se basa tanto en la evaluación clínica como en las pruebas estandarizadas de las funciones intelectuales y adaptativas.

El Criterio A se refiere a las funciones intelectuales que implican el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje a partir de la instrucción y la experiencia, y la comprensión práctica. Los componentes críticos incluyen la comprensión verbal, la memoria de trabajo, el razonamiento perceptivo, el razonamiento cuantitativo, el pensamiento abstracto y la eficacia cognitiva. El funcionamiento intelectual de forma habitual se mide con pruebas de inteligencia administradas individualmente que son psicométricamente válidas, completas y apropiadas cultural y psicométricamente. Los individuos con discapacidad intelectual tienen puntuaciones aproximadamente de dos desviaciones estándar o más por debajo de la media poblacional, incluido un margen para errores en la medición (generalmente, ± 5 puntos). En las pruebas con una desviación estándar de 15 y una media de 100, esto supone una puntuación de 65-70 (70 ± 5). Son necesarias la experiencia y la valoración clínicas para interpretar los resultados de las pruebas y para evaluar el rendimiento intelectual.

Entre los factores que pueden afectar a las puntuaciones de las pruebas se incluyen los efectos de la práctica y el "efecto Flynn" (es decir, las puntuaciones exageradamente altas debido a unas normas desfasadas para las pruebas). Las puntuaciones inválidas pueden derivarse del uso de pruebas de cribado de la inteligencia breves o de pruebas en grupo; unos resultados muy dispares en las subpruebas individuales pueden invalidar la puntuación global del CI. Los instrumentos tienen que estar adaptados teniendo en cuenta la situación sociocultural y la lengua materna del individuo. Los trastornos concurrentes que pueden afectar a la comunicación, al lenguaje y/o a la función motora o sensorial pueden afectar a las puntuaciones de las pruebas. Los perfiles cognitivos individuales que se basan en pruebas neuropsicológicas son más útiles para entender las capacidades intelectuales que una única puntuación de CI. Este tipo de pruebas puede identificar áreas de fortaleza y debilidad relativas, que son evaluaciones importantes para la planificación académica y vocacional.

Los resultados de las pruebas de CI son aproximaciones al funcionamiento conceptual, pero pueden ser insuficientes para evaluar el razonamiento en situaciones reales y el dominio de las tareas prácticas. Por ejemplo, una persona con una puntuación de CI por encima de 70 podría tener problemas tan graves del comportamiento adaptativo en el juicio social, la comprensión social y otras áreas del funcionamiento adaptativo que el rendimiento real de esta persona sería comparable al de los individuos con una puntuación más baja en el CI. Así pues, es necesaria la valoración clínica para interpretar los resultados de las pruebas de CI.

Las deficiencias del funcionamiento adaptativo (Criterio B) se refieren a la habilidad de la persona para alcanzar los estándares de la comunidad respecto a la autonomía personal y la responsabilidad social en comparación con otras personas de edad y nivel sociocultural parecidos. El funcionamiento adaptativo implica el razonamiento adaptativo en tres dominios: conceptual, social y práctico. El dominio conceptual (académico) implica la competencia en memoria, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, adquisición de conocimientos prácticos, resolución de problemas y juicio en situaciones nuevas, entre otros. El dominio social implica la conciencia de los pensamientos, sentimientos y experiencias de los demás, la empatía, las habilidades para la comunicación interpersonal, las habilidades para hacer amigos y el juicio social, entre otros. El dominio práctico implica al aprendizaje y la autogestión en diferentes situaciones vitales, como el cuidado personal, las responsabilidades en el trabajo, la gestión del dinero, el ocio, la autogestión del comportamiento y la organización de tareas para la escuela o el trabajo, entre otros. La capacidad intelectual, la educación, la motivación, la socialización, los rasgos de la personalidad, las oportunidades vocacionales, la experiencia cultural y las afecciones médicas o los trastornos mentales concurrentes influyen en el funcionamiento adaptativo.

El funcionamiento adaptativo se evalúa utilizando la evaluación clínica y las medidas individualizadas cultural y psicométricamente apropiadas. Las medidas estandarizadas se utilizan con los informantes que conocen al paciente (p. ej., un padre u otro miembro de la familia, un profesor, un terapeuta, un cuidador) y con el propio individuo en el grado en que sea posible. Otras fuentes de información son las evaluaciones educativas, del desarrollo, médicas y de salud mental. Las puntuaciones de las medidas estandarizadas y de las diversas fuentes de entrevistas deben interpretarse según la valoración clínica. Cuando es difícil o imposible administrar las pruebas estandarizadas debido a varios factores

(p. ej., una deficiencia sensorial o un comportamiento gravemente problemático), se puede diagnosticar al individuo de una discapacidad intelectual no especificada. El funcionamiento adaptativo puede ser difícil de evaluar en un entorno controlado (p. ej., prisiones, centros de detención); si es posible, se debería obtener información corroborativa que refleje el funcionamiento fuera de esos entornos.

El Criterio B se cumple cuando, por lo menos, un dominio del funcionamiento adaptativo –el conceptual, el social o el práctico– está suficientemente alterado como para necesitar apoyo continuo para que la persona funcione adecuadamente en una o más situaciones de la vida cotidiana: en la escuela, en el trabajo, en el hogar o en la comunidad. Para cumplir los criterios diagnósticos de la discapacidad intelectual, las deficiencias del funcionamiento adaptativo tienen que estar directamente relacionadas con la deficiencias intelectuales descritas en el Criterio A. El Criterio C, el inicio durante el período del desarrollo, se refiere al reconocimiento de que existen deficiencias intelectuales y adaptativas durante la infancia y la adolescencia.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La discapacidad intelectual es una afección heterogénea con múltiples causas. Se pueden asociar dificultades para el juicio social, la evaluación de riesgos, la autogestión del comportamiento, las emociones o las relaciones interpersonales, o la motivación en los entornos de la escuela o el trabajo. La falta de habilidades para la comunicación puede predisponer a comportamientos disruptivos y agresivos. La credulidad muchas veces es un rasgo que incluye la ingenuidad en las situaciones sociales y la tendencia a ser fácilmente arrastrado por otros. La credulidad y la falta de conciencia de los riesgos pueden producir la explotación y la posible victimización por terceros, el fraude, la implicación accidental en delitos, las confesiones falsas y el riesgo de maltrato físico y sexual. Estas características asociadas pueden ser importantes en los casos penales, incluidas las audiencias judiciales para evaluar la capacidad intelectual de un acusado con el fin de determinar si se puede aplicar la pena de muerte.

Los individuos diagnosticados de discapacidad intelectual con trastornos mentales concurrentes tienen riesgo de suicidio. Piensan acerca del suicidio, realizan intentos de suicidio y pueden morir como resultado de ello. Por tanto, la valoración de los pensamientos suicidas es esencial en el proceso de evaluación. Debido a la falta de conciencia del riesgo y el peligro, el porcentaje de lesiones accidentales puede ser elevado.

Prevalencia

La discapacidad intelectual tiene una prevalencia global en la población general de aproximadamente el 1 % y las tasas varían según la edad. La prevalencia de discapacidad intelectual grave es aproximadamente del 6 por 1000.

Desarrollo y curso

El inicio de la discapacidad intelectual se produce durante el período de desarrollo. La edad y los rasgos característicos al inicio dependen de la etiología y de la gravedad de la disfunción cerebral. Los hitos motores, del lenguaje y sociales retrasados pueden identificarse en los primeros dos años de vida en los casos de discapacidad intelectual más graves, mientras que los niveles leves pueden no ser identificables hasta la edad escolar, cuando la dificultad para el aprendizaje académico empieza a ser evidente. Los antecedentes o la presentación actual deben cumplir todos los criterios (incluido el Criterio C). Algunos niños de menos de 5 años, cuya presentación finalmente cumplirá los criterios de discapacidad intelectual, tienen deficiencias que cumplen los criterios del retraso general del desarrollo.

Cuando la discapacidad intelectual se asocia a un síndrome genético puede haber un aspecto físico característico (como, p. ej., en el síndrome de Down). Algunos síndromes tienen un fenotipo conductual, lo que hace referencia a comportamientos específicos que son característicos de un trastorno genético particular (p. ej., el síndrome de Lesch-Nyhan). En las formas adquiridas, el inicio puede ser abrupto después de una enfermedad, como una meningitis o una encefalitis, o de un traumatismo craneal cuando éste se produce durante el período de desarrollo. Cuando la discapacidad intelectual se produce después de una pérdida de las habilidades cognitivas previamente adquiridas, como en las lesiones cerebrales traumáticas graves, se pueden realizar los diagnósticos de discapacidad intelectual y de trastorno neurocognitivo.

Aunque, en general, la discapacidad intelectual no es progresiva, en algunos trastornos genéticos (p. ej., el síndrome de Rett) hay períodos de empeoramiento seguidos de estabilización y en otros (p. ej.,

el síndrome de San Filippo) se produce un empeoramiento progresivo de la función intelectual. Después de la primera infancia, el trastorno generalmente es para toda la vida, aunque los niveles de gravedad pueden cambiar con el tiempo. El curso puede verse influido por las afecciones médicas o genéticas y por la presencia de cuadros concurrentes (p. ej., deficiencias auditivas o visuales, epilepsia). Las intervenciones tempranas y continuadas pueden mejorar el funcionamiento adaptativo durante toda la infancia y la edad adulta. En algunos casos, éstas pueden llevar a una mejoría significativa del funcionamiento intelectual, tanto que el diagnóstico de discapacidad intelectual podría dejar de ser aplicable. Así pues, la práctica común, cuando se evalúan los bebés y los niños pequeños, es posponer el diagnóstico de discapacidad intelectual hasta después de que se haya realizado una intervención apropiada. En los niños mayores y en los adultos, el grado de apoyo prestado puede permitir la participación completa en todas las actividades cotidianas y una mejor función adaptativa. Las evaluaciones diagnósticas deben determinar si las habilidades adaptativas mejoradas son el resultado de una nueva adquisición de habilidades estable y generalizada (en tal caso, el diagnóstico de discapacidad intelectual puede dejar de ser apropiado), o si la mejora está supeditada a la presencia de apoyos e intervenciones de forma continuada (en tal caso, el diagnóstico de discapacidad intelectual aún puede ser apropiado).

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Las etiologías prenatales incluyen síndromes genéticos (p. ej., variaciones en la secuencia o el número de copias de uno o más genes, trastornos cromosómicos), errores innatos del metabolismo, malformaciones cerebrales, enfermedad materna (incluida la patología de la placenta) e influencias ambientales (p. ej., alcohol, otras drogas, tóxicos, teratógenos). Las causas perinatales incluyen la variedad de acontecimientos relacionados con el preparto y el parto que conducen a la encefalopatía neonatal. La causas posnatales incluyen el daño hipóxico isquémico, el daño cerebral traumático, las infecciones, los trastornos desmielinizantes, los trastornos convulsivos (p. ej., espasmos infantiles), la privación social grave y crónica y los síndromes tóxico-metabólicos e intoxicaciones (p. ej., plomo, mercurio).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La discapacidad intelectual ocurre en todas las razas y culturas. Son necesarios la sensibilidad cultural y el conocimiento durante la evaluación, y se deben tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y lingüísticos del individuo, las experiencias vividas y el funcionamiento adaptativo dentro de su comunidad y ambiente cultural.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En general, los varones tienen más posibilidades que las mujeres de ser diagnosticados de formas de discapacidad intelectual leves (el promedio de la proporción varón:mujer es de 1,6:1) y graves (el promedio de la proporción varón:mujer es de 1,2:1). Sin embargo, la proporción entre los sexos varía mucho en los estudios publicados. Los factores genéticos vinculados con el sexo y con la vulnerabilidad del sexo masculino a los problemas cerebrales pueden explicar algunas de las diferencias de género.

Marcadores diagnósticos

Su evaluación exhaustiva incluiría una evaluación de la capacidad intelectual y del funcionamiento adaptativo, la identificación de las etiologías genéticas y no genéticas, la evaluación de las afecciones médicas asociadas (p. ej., parálisis cerebral, trastorno convulsivo), y la evaluación de los trastornos mentales, emocionales y conductuales concurrentes. En los componentes de la evaluación se pueden incluir los antecedentes médicos básicos prenatales y perinatales, un árbol genealógico de tres generaciones, la exploración física, la evaluación genética (p. ej., un análisis del cariotipo o de micromatrices cromosómicas y pruebas para síndromes genéticos específicos), un cribado metabólico y una evaluación con técnicas de neuroimagen.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de discapacidad intelectual se debería hacer siempre que los Criterios A, B y C se cumplan. No se debería asumir un diagnóstico de discapacidad intelectual por el hecho de que haya una

particular afección genética o médica. Un síndrome genético vinculado a una discapacidad intelectual se debería registrar como un diagnóstico concurrente con la discapacidad intelectual.

Trastornos neurocognitivos mayores y leves. La discapacidad intelectual se clasifica como un trastorno del neurodesarrollo y es distinta de los trastornos neurocognitivos, que se caracterizan por una pérdida del funcionamiento cognitivo. El trastorno neurocognitivo mayor puede ser concurrente con la discapacidad intelectual (p. ej., un individuo con síndrome de Down que desarrolla una enfermedad de Alzheimer, o un individuo con discapacidad intelectual que pierde más capacidad cognitiva después de una lesión craneal). En tales casos, se pueden realizar los diagnósticos de discapacidad intelectual y de trastorno neurocognitivo.

Los trastornos de la comunicación y el trastorno específico del aprendizaje. Estos trastornos del neurodesarrollo son específicos de los dominios de la comunicación y del aprendizaje y no muestran deficiencias del comportamiento intelectual y adaptativo. Pueden concurrir con la discapacidad intelectual. Se realizan los dos diagnósticos si se cumplen todos los criterios para la discapacidad intelectual y para un trastorno de la comunicación o un trastorno específico del aprendizaje.

Trastorno del espectro autista. La discapacidad intelectual es frecuente entre los individuos con trastorno del espectro autista. La evaluación de la capacidad intelectual se puede complicar por las deficiencias sociales, comunicativas y conductuales inherentes al trastorno del espectro autista, que pueden interferir en la comprensión y el seguimiento de los procedimientos de las pruebas. Es esencial la evaluación apropiada del funcionamiento intelectual en el trastorno del espectro autista, así como la reevaluación durante el período de desarrollo, ya que las puntuaciones del CI en el trastorno del espectro autista pueden ser inestables, particularmente en la primera infancia.

Comorbilidad

En la discapacidad intelectual son frecuentes las afecciones mentales, del neurodesarrollo, médicas y físicas, produciéndose algunas afecciones (p. ej., trastornos mentales, parálisis cerebral y epilepsia) con frecuencias tres a cuatro veces mayores que las de la población general. El pronóstico y el resultado de los diagnósticos concurrentes pueden verse influidos por la presencia de la discapacidad intelectual. Los procedimientos de evaluación pueden requerir modificaciones a causa de los trastornos asociados, como los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista los trastornos motores y sensoriales y otros trastornos. Los informantes que conocen al paciente son esenciales para identificar síntomas como la irritabilidad, la desregulación del estado de ánimo, la hostilidad, los problemas alimentarios y los problemas de sueño, y también para evaluar el funcionamiento adaptativo en los distintos entornos de la comunidad.

Los trastornos mentales y del neurodesarrollo concurrentes con mayor frecuencia son el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, los trastornos depresivo y bipolar, los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno de movimientos estereotipados (con o sin comportamientos autolesivos), los trastornos del control de los impulsos, y el trastorno neurocognitivo mayor. El trastorno de depresión mayor puede producirse en todo el espectro de gravedad de la discapacidad intelectual. El comportamiento autolesivo requiere atención diagnóstica rápida y puede justificar un diagnóstico independiente de trastorno de movimientos estereotipados. Los individuos con discapacidad intelectual, particularmente los que tienen una discapacidad intelectual más grave, pueden también mostrar hostilidad y comportamientos disruptivos, con daños a terceros o destrucción de propiedades.

Relación con otras clasificaciones

La CIE-11 (que se está desarrollando en el momento de esta publicación) utiliza el término *trastornos del desarrollo intelectual* para indicar que éstos son trastornos que implican deficiencias del funcionamiento cerebral en un momento temprano de la vida. Estos trastornos se describen en la CIE-11 como un metasíndrome que se produce en el período de desarrollo de forma análoga a la demencia o al trastorno neurocognitivo que se presenta más tardíamente en la vida. Hay cuatro subtipos en la CIE-11: leve, moderado, grave y profundo.

La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, AAIDD) también utiliza el término *discapacidad intelectual*

con un significado parecido al utilizado en este manual. La clasificación de la AAIDD es multidimensional en vez de categórica y se basa en el constructo de la discapacidad. En vez de hacer una lista de los especificadores, como se hace en el DSM-5, la AAIDD pone el énfasis en el perfil de apoyos basado en la gravedad.

Retraso global del desarrollo

315.8 (F88)

Este diagnóstico se reserva para individuos menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Esta categoría se diagnostica cuando el sujeto no cumple con los hitos del desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual y se aplica a los individuos en que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos los niños demasiado pequeños para participar en pruebas estandarizadas. Esta categoría se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada

(F79)

Esta categoría se reserva para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es difícil o imposible mediante los procedimientos localmente disponibles debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como la ceguera o la sordera prelingual y la discapacidad locomotora, a la presencia de problemas de comportamiento graves o a la existencia concurrente de un trastorno mental. Esta categoría sólo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

Trastornos de la comunicación

Los trastornos de la comunicación incluyen las deficiencias del lenguaje, el habla y la comunicación. El *habla* es la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo. El *lenguaje* incluye la forma, la función y el uso de un sistema convencional de símbolos (es decir, palabras habladas, lenguaje de señas, palabras escritas, imágenes) regido por reglas para la comunicación. La *comunicación* es todo comportamiento verbal o no verbal (sea intencional o no intencional) que influye en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otro individuo. Las evaluaciones de las capacidades para el habla, el lenguaje o la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del individuo, particularmente en los individuos que crecen en ambientes bilingües. Las medidas estandarizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser pertinentes para el grupo cultural y lingüístico (p. ej., las pruebas desarrolladas y estandarizadas para un grupo pueden no ser apropiadas para otro grupo). La categoría diagnóstica de los trastornos de la comunicación incluye lo siguiente: el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), el trastorno de la comunicación social (pragmático) y otros trastornos de la comunicación especificados y no especificados.

<= Ir a la Clasificación

Trastorno del lenguaje

Criterios diagnósticos 315.32 (F80.2)

A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:
   1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
   2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
   3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).

B. Las capacidades de lenguaje están notablemente, desde un punto de vista cuantificable, por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.

C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Características diagnósticas

Las características diagnósticas centrales del trastorno del lenguaje son las dificultades para la adquisición y el uso del lenguaje debido a deficiencias de la compresión o la producción del vocabulario, las estructuras gramaticales y el discurso. Las deficiencias del lenguaje son evidentes en la comunicación hablada, la comunicación escrita y el lenguaje de señas. El aprendizaje y el uso del lenguaje dependen de capacidades receptivas y expresivas. La *capacidad expresiva* se refiere a la producción de señales vocales, gestuales o verbales, mientras que la *capacidad receptiva* se refiere al proceso de recibir y comprender los mensajes lingüísticos. Las capacidades de lenguaje tienen que ser evaluadas en sus modalidades expresivas y receptivas, ya que cada una de éstas puede tener una gravedad diferente. Por ejemplo, el lenguaje expresivo de un individuo puede estar gravemente limitado, mientras que su lenguaje receptivo podría no tener casi ninguna deficiencia.

El trastorno del lenguaje normalmente afecta al vocabulario y a la gramática, y esto limita la capacidad de discurso. Las primeras palabras y frases del niño es probable que se inicien de manera retrasada, el vocabulario es más limitado y menos variado de lo esperado, y las frases son más cortas y menos complejas, y presentan errores gramaticales, especialmente en el tiempo pasado. Las deficiencias de comprensión del lenguaje frecuentemente se subestiman, ya que los niños pueden tener la habilidad de utilizar el contexto para inferir significados. Puede haber problemas para encontrar las palabras, las definiciones verbales están empobrecidas o existe poca comprensión de los sinónimos, los significados múltiples o los juegos de palabras de forma apropiada para la edad y la cultura. Se manifiestan problemas para recordar nuevas palabras y frases, así como dificultades para seguir instrucciones más largas, dificultades para recordar series de datos verbales (p. ej., recordar un número de teléfono o una lista de la compra) y dificultades para recordar secuencias de sonidos nuevos, habilidad que podría ser importante para aprender nuevas palabras. Las dificultades del discurso se muestran mediante una capacidad reducida para producir información adecuada sobre acontecimientos clave y para narrar una historia coherente.

La dificultad en el lenguaje se manifiesta por unas habilidades que se encuentran por debajo de lo esperado para la edad desde un punto de vista cuantificable y que interfieren significativamente con los logros académicos, el desempeño laboral, la comunicación eficaz o la socialización (Criterio B). El diagnóstico de trastorno del lenguaje se debería realizar basándose en la síntesis de los antecedentes del individuo, las observaciones clínicas directas en diferentes contextos (es decir, en la casa, la escuela y el trabajo) y los resultados de las pruebas estandarizadas para medir la capacidad de lenguaje, que pueden utilizarse para orientar las estimaciones de la gravedad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

A menudo están presentes antecedentes familiares de trastornos del lenguaje. Los individuos, incluso los niños, pueden ser hábiles para adaptarse a su lenguaje limitado. Pueden parecer tímidos o reticentes a hablar. Los individuos afectados pueden preferir comunicarse solamente con miembros de su familia o con otros individuos conocidos. Aunque estos indicadores sociales no son diagnósticos de un trastorno del lenguaje, si son notables y persistentes sí justifican la derivación para una evaluación completa. El trastorno del lenguaje, particularmente las deficiencias expresivas, puede concurrir con un trastorno fonológico.

Desarrollo y curso

La adquisición del lenguaje está marcada por cambios que se producen desde su inicio en la niñez temprana hasta alcanzar el nivel de competencia del adulto, que aparece durante la adolescencia. Los cambios aparecen en las diferentes dimensiones del lenguaje (sonidos, palabras, gramática, narraciones/textos expositivos y habilidades conversacionales) en aumento y sincronía según la edad. El trastorno del lenguaje aparece durante el período del desarrollo temprano; sin embargo, hay una variación considerable en la adquisición temprana del vocabulario y en las primeras combinaciones de palabras, y las diferencias individuales no son, como indicadores aislados, muy predictivos de los resultados posteriores. A los 4 años, las diferencias individuales en cuanto a capacidad del lenguaje son más estables, se miden con más precisión y son muy predictivas de los resultados posteriores. El trastorno del lenguaje diagnosticado a partir de los 4 años suele ser estable en el tiempo y normalmente persiste hasta la edad adulta, aunque es probable que cambie el perfil particular de puntos fuertes y débiles durante el curso del desarrollo.

Factores de riesgo y pronóstico

Los niños con deficiencias receptivas del lenguaje tienen peor pronóstico que los que tienen deficiencias expresivas predominantes. Son más resistentes al tratamiento y se observan frecuentemente dificultades en la comprensión de la lectura.

Genético y fisiológico. Los trastornos del lenguaje son altamente heredables y los miembros de la familia tienen más posibilidades de tener antecedentes de deficiencias lingüísticas.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del lenguaje. El trastorno del lenguaje debe diferenciarse de las variaciones normales del desarrollo. Puede ser difícil hacer esta distinción antes de los 4 años de edad. Se deben tener en cuenta las variaciones de lenguaje regionales, sociales y culturales/étnicas (es decir, los dialectos) cuando se evalúan las deficiencias del lenguaje de un individuo.

Audición u otra deficiencia sensorial. Se tiene que descartar la discapacidad auditiva como causa primaria de la dificultad con el lenguaje. Las deficiencias del lenguaje pueden asociarse a una discapacidad auditiva, a otra deficiencia sensorial o a una deficiencia motora del habla. Cuando las deficiencias del lenguaje exceden las que normalmente se asocian a estos problemas, se puede hacer el diagnóstico de trastorno del lenguaje.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual). Un retraso del lenguaje es a menudo la presentación característica de una discapacidad intelectual, y es posible que no se pueda realizar el diagnóstico definitivo hasta que el niño pueda completar las evaluaciones estandarizadas. No se realizará un diagnóstico por separado a no ser que las deficiencias del lenguaje sean claramente mayores que las limitaciones intelectuales.

Trastornos neurológicos. El trastorno del lenguaje se puede producir asociado a trastornos neurológicos, incluida la epilepsia (p. ej., afasia adquirida o síndrome de Landau-Kleffner).

Regresión de lenguaje. La pérdida del habla y del lenguaje en un niño menor de 3 años puede ser un signo de trastorno del espectro autista (con regresión del desarrollo) o de una afección neurológica específica, como el síndrome de Landau-Kleffner. Entre los niños mayores de 3 años, la pérdida del lenguaje puede ser un síntoma de crisis epiléptica, por lo que sería necesaria una evaluación diagnóstica para excluir la presencia de una epilepsia (es decir, electroencefalogramas normales y de sueño).

Comorbilidad

El trastorno del lenguaje se asocia de forma importante a otros trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno específico del aprendizaje (lectoescritura y aritmética), el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno del espectro autista y el trastorno del desarrollo de la coordinación. También está asociado al trastorno de comunicación social (pragmático). Existen a menudo antecedentes familiares de trastornos del habla o del lenguaje.

Trastorno fonológico

Criterios diagnósticos **315.39 (F80.0)**

A. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
B. La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.
D. Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia, traumatismo cerebral u otras afecciones médicas o neurológicas.

Características diagnósticas

La producción fonológica describe la articulación clara de las fonemas (es decir, los sonidos individuales) que se combinan para crear palabras habladas. La producción fonológica requiere tanto el conocimiento fonológico de los sonidos del habla como la habilidad de coordinar los movimientos de los articuladores (es decir, la mandíbula, la lengua y los labios) con la respiración y la vocalización del habla. Los niños con dificultades para la producción fonológica pueden presentar problemas de diferentes grados en el conocimiento fonológico de los sonidos hablados o en la habilidad para coordinar los movimientos del habla. El trastorno fonológico es, por lo tanto, heterogéneo en sus mecanismos subyacentes e incluye el trastorno fonológico y el trastorno de articulación. El trastorno fonológico se diagnostica cuando la producción de los sonidos del habla no es la que se esperaría de un niño para su edad y etapa de desarrollo, y cuando las deficiencias no son el resultado de una alteración física, estructural, neurológica o auditiva. En los niños de 4 años con desarrollo normal, el habla general debería ser inteligible, mientras que a los 2 años sólo es comprensible el 50 %.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno del lenguaje, en particular las deficiencias expresivas, pueden concurrir con el trastorno fonológico. A menudo están presentes antecedentes familiares de trastornos del habla o del lenguaje.

Si la capacidad de coordinar rápidamente los articuladores está claramente mermada, puede haber antecedentes de retraso o de incoordinación en la adquisición de las habilidades que también utilizan los articuladores y la musculatura facial relacionada; entre otras, estas habilidades incluyen masticar, mantener la boca cerrada y sonarse la nariz. Pueden estar alteradas otras áreas de coordinación motora, como en el trastorno del desarrollo de la coordinación. *Dispraxia verbal* es un término que también se utiliza para los problemas de la producción del habla.

El habla puede estar alterada de forma diferente en ciertas afecciones genéticas (p. ej., el síndrome de Down, la deleción del 22q, la mutación del gen *FoxP2*). Si se presentan, se deberían codificar también.

Desarrollo y curso

Aprender a producir los sonidos del habla claramente y con precisión, y aprender a producir un habla fluida son habilidades del desarrollo. La articulación de los sonidos del habla sigue un patrón de

desarrollo que se refleja en las pruebas estandarizadas para cada edad. No es inusual que los niños con un desarrollo normal acorten palabras y sílabas cuando aprenden a hablar, pero la progresión en el dominio de la producción fonológica debería conducirles hacia a un habla mayoritariamente inteligible a los 3 años. Los niños con trastorno fonológico siguen utilizando procesos inmaduros de simplificación fonológica después de la edad en que la mayoría puede emitir palabras claramente.

Al llegar a los 7 años se debería producir la mayoría de los sonidos del habla con claridad, y la mayoría de palabras se debería pronunciar correctamente conforme a la normalidad para la edad y la comunidad. Los sonidos mal articulados con más frecuencia tienden a aprenderse también más tarde, llevando a que se les llame en inglés los "ocho que tardan" (l, r, s, z, th, ch, dzh, y zh) (comentario del editor: no hay equivalencia en castellano). La mala articulación de cualquiera de estos sonidos se puede considerar dentro de los límites normales hasta los 8 años. Cuando están implicados múltiples sonidos, lo apropiado sería quizá centrarse en algunos de esos sonidos como parte de un plan para mejorar la inteligibilidad antes de la edad en que casi todos los niños pueden producirlos correctamente. El ceceo (es decir, articular mal los sibilantes) es particularmente frecuente y puede implicar patrones frontales o laterales en la dirección de las corrientes de aire. Puede asociarse a un patrón anormal de la deglución con empuje lingual.

La mayoría de los niños con trastorno fonológico responde bien al tratamiento, y las dificultades del habla mejoran con el tiempo, con lo que el trastorno podría no ser para toda la vida. Sin embargo, cuando también está presente un trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico tiene peor pronóstico y puede asociarse a trastornos específicos del aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del habla. Se deberían tener en cuenta las variaciones del habla regionales, sociales y culturales/étnicas antes de hacer este diagnóstico.

Audición u otra deficiencia sensorial. La deficiencia auditiva o sordera puede conllevar anormalidades del habla. Las deficiencias de la producción fonológica pueden asociarse a una deficiencia auditiva, a otras deficiencias sensoriales o a una deficiencia motora del habla. Cuando las deficiencias del habla superan las que normalmente se asocian a estos problemas, se puede hacer el diagnóstico de trastorno fonológico.

Deficiencias estructurales. Las alteraciones del habla pueden estar causadas por deficiencias estructurales (p. ej., un paladar hendido).

Disartria. Las alteraciones del habla pueden atribuirse a un trastorno motor, como la parálisis cerebral. Los signos neurológicos, así como las características distintivas de la voz, diferencian la disartria del trastorno fonológico, aunque en los niños pequeños (menores de 3 años) la diferenciación puede ser difícil, particularmente cuando la afectación motora general es inexistente o mínima (como, p. ej., en el síndrome de Worster-Drought).

Mutismo selectivo. El uso limitado del habla puede ser un signo de mutismo selectivo, un trastorno de ansiedad que se caracteriza por ausencia de habla en uno o más contextos o entornos. El mutismo selectivo se puede manifestar en los niños que padecen un trastorno del habla porque sientan vergüenza a causa de sus deficiencias, aunque muchos niños con mutismo selectivo muestran un habla normal en los entornos "seguros", como en casa o con los amigos cercanos.

Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

Criterios diagnósticos 315.35 (F80.81)

A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:
   1. Repetición de sonidos y sílabas.
   2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.

3. Palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra).
4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p. ej., "Yo-Yo-Yo-Yo lo veo").

B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo. (**Nota:** Los casos de inicio más tardío se diagnostican como 307.0 [F98.5] trastorno de la fluidez de inicio en el adulto).
D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p. ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) es una alteración de la fluidez y la organización temporal del habla que no se corresponde con la edad del individuo. La alteración se caracteriza por la repetición frecuente o la prolongación de ciertos sonidos o sílabas y otras alteraciones de la fluidez, como palabras fragmentadas (p. ej., pausas en medio de una palabra), bloqueo audible o silencioso (es decir, pausas en el habla, llenas o vacías), circunloquios (es decir, sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas), palabras producidas con exceso de tensión física y repeticiones de palabras completas monosilábicas (p. ej., "Yo-Yo-Yo-Yo lo veo"). La alteración de la fluidez interfiere con el rendimiento académico u ocupacional y con la comunicación social. El alcance de la alteración varía en las distintas situaciones y a menudo es más grave cuando la comunicación está sujeta a algún tipo de presión (p. ej., hacer una presentación en el colegio, realizar una entrevista de trabajo). La disfluencia muchas veces está ausente durante la lectura oral y al cantar o hablar con objetos inanimados o mascotas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se puede desarrollar una anticipación temerosa del problema. El locutor puede intentar evitar las disfluencias mediante mecanismos lingüísticos (p. ej., alterando la velocidad del habla, evitando ciertas palabras o sonidos) o evitando ciertas situaciones, como telefonear o hablar en público. Además de ser característicos de la afección, se ha mostrado que el estrés y la ansiedad exacerban la disfluencia.

El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia también puede acompañarse de movimientos motores (p. ej., parpadeos de ojos, tics, temblores en los labios o la cara, sacudidas de la cabeza, movimientos de la respiración, apretar los puños). Los niños con trastorno de la fluidez muestran diferentes niveles de habilidades del lenguaje, y la relación entre el trastorno de la fluidez y las habilidades del lenguaje no está clara.

Desarrollo y curso

El trastorno de la fluidez de inicio en la infancia o tartamudeo del desarrollo se presenta antes de los 6 años en el 80–90 % de los individuos afectados, situándose la edad de inicio entre los 2 y 7 años. El inicio puede ser insidioso o más repentino. Típicamente, las disfluencias empiezan gradualmente con repetición de las consonantes iniciales, las primeras palabras de una frase o las palabras largas. El niño puede no ser consciente de estas alteraciones de la fluidez. Cuando el trastorno progresa, las disfluencias llegan a ser más frecuentes e interfieren más, ocurriendo en las palabras o frases más significativas de lo que se expresa. Cuando el niño llega a ser consciente de la dificultad para hablar, puede desarrollar mecanismos para evitar la disfluidez y las respuestas emocionales asociadas, evitando, por ejemplo, hablar en público y utilizando frases cortas y sencillas. Los estudios longitudinales muestran que un 65–85 %

de los niños se recupera de la alteración de la fluidez, y la gravedad del trastorno de la fluidez a los 8 años predice la recuperación o la persistencia del trastorno durante la adolescencia y después.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. El riesgo de tartamudeo entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con trastorno de la fluidez de inicio en la infancia es más de tres veces mayor que el riesgo de la población general.

Consecuencias funcionales del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

Además de ser características de la afección, el estrés y la ansiedad pueden exacerbar la disfluencia. La alteración del funcionamiento social puede ser el resultado de esta ansiedad.

Diagnóstico diferencial

Déficit sensitivo. Las disfluencias del habla pueden asociarse a una deficiencia auditiva u otro déficit sensitivo o motor del habla. Cuando las disfluencias del habla sobrepasan las que normalmente se asocian a estos problemas, se puede hacer el diagnóstico del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.

Disfluencias normales del habla. El trastorno debe distinguirse de las disfluencias normales que ocurren frecuentemente en los niños pequeños, como repeticiones de palabras enteras o frases (p. ej., "Yo quiero, yo quiero helado"), frases incompletas, interjecciones, pausas vacías y comentarios aparte. Si estas dificultades aumentan en frecuencia o complejidad mientras el niño crece, el diagnóstico de trastorno de la fluidez de inicio en la infancia sería correcto.

Efectos secundarios de la medicación. El tartamudeo puede ocurrir como efecto secundario de una medicación, lo que puede detectarse por su relación temporal con la exposición a dicha medicación.

Disfluencias de inicio en el adulto. Si el inicio de las disfluencias es durante la adolescencia o después de ésta, se trata de una "disfluencia de inicio en el adulto" y no de un trastorno del neurodesarrollo. Las disfluencias de inicio en el adulto se asocian a daños neurológicos específicos y a diversas afecciones médicas y trastornos mentales, y pueden ser especificadas con ellos, aunque no constituyen un diagnóstico del DSM-5.

Trastorno de la Tourette. Los tics vocales y las vocalizaciones repetitivas del trastorno de la Tourette deberían ser distinguibles de los sonidos repetitivos del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia por su naturaleza y ritmo.

Trastorno de la comunicación social (pragmático)

Criterios diagnósticos 315.39 (F80.89)

A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:
   1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
   2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
   3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.

4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p. ej., hacer inferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica, ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

Características diagnósticas

El trastorno de la comunicación social (pragmático) se caracteriza por una dificultad primaria con la pragmática, o el uso social, del lenguaje y la comunicación que se manifiesta en forma de deficiencias de la comprensión y para seguir las reglas sociales de comunicación verbal y no verbal en contextos naturales, para cambiar el lenguaje según las necesidades del que escucha o la situación y para seguir las normas de conversación y narración. Las deficiencias de comunicación social causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, el desarrollo de relaciones sociales, los logros académicos y el desempeño laboral. Las deficiencias no se explican mejor por escasa capacidad en el dominio del lenguaje estructural o una capacidad cognitiva deficiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La característica asociada más frecuente del trastorno de la comunicación social (pragmático) es el deterioro del lenguaje, que se caracteriza por antecedentes de retraso para alcanzar los hitos del lenguaje y problemas con el lenguaje estructural desde hace tiempo o en el momento actual (véase "Trastorno del lenguaje" anteriormente en este capítulo). Los individuos con deficiencias de la comunicación social pueden evitar las interacciones sociales. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), los problemas conductuales y los trastornos específicos del aprendizaje también son más frecuentes entre los individuos afectados.

Desarrollo y curso

Como la comunicación social (pragmática) depende del progreso adecuado del desarrollo del habla y el lenguaje, el diagnóstico del trastorno de la comunicación social (pragmático) es raro entre los niños de menos de 4 años. Al llegar a los 4 o 5 años, la mayoría de los niños debería tener capacidades del habla y del lenguaje suficientes como para permitir la identificación de deficiencias específicas en la comunicación social. Las formas más leves del trastorno pueden no resultar evidentes hasta la adolescencia temprana, cuando el lenguaje y las interacciones sociales empiezan a ser más complejas.

El resultado del trastorno de la comunicación social (pragmático) es variable, con algunos niños que mejoran sustancialmente con el tiempo y otros cuyas dificultades persisten hasta la edad adulta. Incluso entre los que tienen una mejoría significativa, las deficiencias tempranas en la pragmática pueden causar alteraciones duraderas en las relaciones y los comportamientos sociales, y también en la adquisición de otras capacidades relacionadas, como la expresión escrita.

Factores de riesgo y pronóstico

Genético y fisiológico. Los antecedentes familiares de trastorno del espectro autista, los trastornos de la comunicación y el trastorno específico del aprendizaje parecen aumentar el riesgo del trastorno de la comunicación social (pragmático).

Diagnóstico diferencial

Trastorno del espectro autista. El trastorno del espectro autista es la principal consideración diagnóstica para los individuos que presentan deficiencias de la comunicación social. Se pueden diferenciar los dos trastornos por la presencia en el trastorno del espectro autista de patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, y su ausencia en el trastorno de la comunicación social (pragmático). Los individuos con trastorno del espectro autista pueden mostrar sólo patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, de intereses o de actividades durante las primeras fases del período de desarrollo y, por lo tanto, se debería obtener una historia completa. La ausencia actual de síntomas no excluye el diagnóstico de trastorno del espectro autista si anteriormente existían intereses restringidos y comportamientos repetitivos. Se debería considerar el diagnóstico de trastorno de la comunicación social (pragmático) solamente si la historia del desarrollo no muestra ningún tipo de patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, de intereses o de actividades.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Los déficits primarios del TDAH pueden causar un deterioro de la comunicación social y limitaciones funcionales de la comunicación eficaz, la participación social o los logros académicos.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). Los síntomas del trastorno de la comunicación social se solapan con los del trastorno de ansiedad social. La característica que los diferencia es el momento del inicio de los síntomas. En el trastorno de la comunicación social (pragmático), el individuo nunca ha tenido una comunicación social eficaz; en el trastorno de ansiedad social, la capacidad de comunicación social se desarrolló apropiadamente, pero no se utiliza por ansiedad, miedo o angustia en relación con las interacciones sociales.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y retraso general del desarrollo. Las habilidades de la comunicación social pueden ser deficientes entre los individuos con retraso general del desarrollo o con discapacidad intelectual, pero no se da un diagnóstico separado a no ser que las deficiencias de la comunicación social superen claramente las limitaciones intelectuales.

Trastorno de la comunicación no especificado

307.9 (F80.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría del trastorno de la comunicación no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Trastorno del espectro autista

Trastorno del espectro autista

Criterios diagnósticos **299.00 (F84.0)**

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

<= Ir a la Clasificación

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (**Nota de codificación:** Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (**Nota de codificación:** Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado(s)).

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 119–120). **(Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro autista para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Procedimientos de registro

Respecto al trastorno del espectro autista, asociado a una afección médica o genética conocida, a un factor ambiental o a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento, se registrará el trastorno del espectro autista como asociado al nombre de la afección, el trastorno o el factor (p. ej., trastorno del espectro autista asociado al síndrome de Rett). La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos de la Tabla 2 (p. ej., "necesita apoyo muy notable para las deficiencias en la comunicación social y apoyo notable para los comportamientos restringidos y repetitivos"). A continuación se debe especificar "con deterioro intelectual acompañante" o "sin deterioro intelectual acompañante". Después se hará constar la especificación del deterioro del lenguaje. Si existe deterioro del lenguaje acompañante, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal (p. ej., "con deterioro del lenguaje acompañante, habla no inteligible" o "con deterioro del lenguaje acompañante, habla con frases"). Si existe catatonía, se registrará por separado "catatonía asociada a trastorno del espectro autista".

Especificadores

Los especificadores de gravedad (véase la Tabla 2) pueden utilizarse para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría estar por debajo del nivel 1), con el reconocimiento de que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar en el tiempo. La gravedad de las dificultades para la comunicación social y de los comportamientos restringidos y repetitivos se deberían evaluar por separado. Las categorías de gravedad descriptivas no se deberían utilizar para determinar la elegibilidad y la provisión de servicios; éstas sólo se pueden desarrollar a nivel individual y a través de la discusión de las prioridades y los objetivos personales.

Respecto el especificador "con o sin déficit intelectual acompañante", es necesario entender el perfil intelectual (a menudo inconsistente) del niño o del adulto con trastorno del espectro autista para interpretar las características diagnósticas. Es necesario hacer estimaciones separadas de la capacidad verbal y no verbal (p. ej., utilizando pruebas no verbales sin límite de tiempo para evaluar los posibles aspectos positivos de los pacientes con lenguaje limitado).

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda *in situ*; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda *in situ*, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente no tienen éxito.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Para utilizar el especificador "con o sin deterioro del lenguaje acompañante" se debería evaluar y describir el nivel actual del funcionamiento verbal. Ejemplos de descripciones específicas de "con deterioro del lenguaje acompañante" podrían incluir el habla no inteligible (no verbal) y el uso de palabras sueltas o frases muy cortas. El nivel de lenguaje de los individuos "sin deterioro del lenguaje acompañante" se puede describir más como un habla con frases enteras o habla fluida. Como el lenguaje receptivo puede ir por detrás del desarrollo del lenguaje expresivo en el trastorno del espectro autista, las capacidades receptivas y expresivas del lenguaje se deberían considerar por separado.

El especificador "asociado a una afección médica o genética o a un factor ambiental conocidos" se debe utilizar cuando el individuo tiene un trastorno genético conocido (p. ej., síndrome de Rett, síndrome del X frágil, síndrome de Down), un trastorno médico (p. ej., epilepsia) o antecedentes de exposición ambiental (p. ej., valproato, síndrome alcohólico fetal, peso muy bajo al nacer).

Se deberían registrar las otras afecciones adicionales del neurodesarrollo, mentales o conductuales (p. ej., trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, trastornos de ansiedad, depresivo o bipolar, trastorno de tics o de la Tourette, autolesiones, trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, de la excreción o del sueño).

Características diagnósticas

Las características principales del trastorno del espectro autista son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social (Criterio A), y los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos (Criterio B). Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano (Criterios C y D). La etapa en que el deterioro funcional llega a ser obvio variará según las características del individuo y su entorno. Las características diagnósticas centrales son evidentes en el período de desarrollo, pero la intervención, la compensación y las ayudas actuales pueden enmascarar las dificultades en, al menos, algunos contextos. Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel del desarrollo y la edad cronológica; de ahí el término *espectro*. El trastorno del espectro autista incluye trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger.

Los deterioros de la comunicación y la interacción social especificados en el Criterio A son generalizados y prolongados. Los diagnósticos son más válidos y fiables cuando se basan en múltiples fuentes de información, como las observaciones clínicas, la historia del cuidador y, cuando es posible, los autoinformes. Las deficiencias verbales y no verbales de la comunicación social tienen diferentes manifestaciones según la edad, el nivel intelectual y las capacidades lingüísticas del individuo, además de otros factores, como la historia del tratamiento y las ayudas actuales. Muchos individuos tienen deficiencias lingüísticas que varían entre la ausencia completa del habla por retrasos del lenguaje hasta la escasa comprensión del habla de los demás, la ecolalia o el lenguaje poco natural y demasiado literal. Aun cuando estén intactas las capacidades formales del lenguaje (p. ej., vocabulario, gramática), el uso de éste en el trastorno del espectro autista estaría deteriorado para la comunicación social recíproca.

Las deficiencias de la reciprocidad socioemocional (es decir, de la capacidad para interactuar con otros y compartir pensamientos y sentimientos) son claramente evidentes en los niños pequeños con el trastorno, que pocas veces o nunca inician la interacción social y no comparten emociones, junto a una imitación reducida o ausente del comportamiento de otros. El lenguaje que existe muchas veces es unilateral, carece de reciprocidad social y se utiliza para pedir o clasificar más que para comentar, compartir sentimientos o conversar. En los adultos sin discapacidades intelectuales o retrasos de lenguaje, las deficiencias de la reciprocidad socioemocional pueden ser más evidentes en la dificultad para procesar y responder a las señales sociales complejas (p. ej., cuándo y cómo unirse a una conversación, cosas que no se deberían decir). Los adultos que han desarrollado estrategias de compensación para algunas dificultades sociales siguen teniendo problemas en las situaciones nuevas o sin ayuda, y sufren por el esfuerzo y la ansiedad de tener que calcular conscientemente lo que resulta socialmente intuitivo para la mayoría de las personas.

Las deficiencias en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social se manifiestan por un contacto ocular (relativo a las normas culturales), unos gestos y expresiones faciales, una orientación corporal o una entonación de la voz que están disminuidos o ausentes, o son atípicos. Una característica temprana del trastorno del espectro autista es una alteración de la atención compartida que se manifiesta por incapacidad para señalar con las manos o para mostrar o llevar objetos cuyo interés pueda compartirse con otros o por incapacidad para seguir cómo otro señala con las manos o dirige la mirada. Los individuos pueden aprender algunos gestos funcionales, pero su repertorio es más pequeño que el de otras personas y a menudo no utilizan gestos expresivos espontáneamente en la comunicación. Entre los adultos con un lenguaje fluido, las dificultades para coordinar la comunicación no verbal con el habla pueden dar la impresión de un "lenguaje corporal" extraño, rígido o exagerado durante las interacciones. Las alteraciones pueden ser relativamente sutiles dentro de los dominios individuales (p. ej., alguien puede mantener contacto con los ojos relativamente bien mientras habla), pero van a ser más pronunciadas al integrarse escasamente, en la comunicación social, el contacto ocular, los gestos, la postura corporal, la prosodia y la expresión facial.

Las deficiencias para desarrollar, mantener y entender las relaciones se deberían valorar según la normalidad para la edad, el género y la cultura. Puede haber un interés social ausente, reducido o atípico, manifestado por el rechazo a las otras personas, la pasividad o un trato inapropiado que parece agresivo o destructivo. Estas dificultades son particularmente evidentes en los niños pequeños, que muchas veces muestran falta de juegos sociales y de imaginación compartidos (p. ej., un juego simbólico flexible y apropiado para la edad) y después insisten en jugar según unas reglas muy inflexibles. Los individuos más mayores pueden tener problemas para entender qué comportamientos se consideran apropiados en una situación pero no en otra (p. ej., el comportamiento informal durante una entrevista de trabajo) o las diferentes maneras en que el lenguaje puede utilizarse para comunicar (p. ej., ironía, mentiras piadosas). Puede haber una obvia preferencia por las actividades solitarias o las interacciones con gente mucho más pequeña o mayor. Frecuentemente existe el deseo de establecer amistades sin una idea completa o realista de qué supone la amistad (p. ej., amistades unilaterales o amistades basadas únicamente en intereses especiales compartidos). También es importante tener en cuenta las relaciones con los hermanos, los compañeros de trabajo y los cuidadores (en términos de reciprocidad).

El trastorno del espectro autista también se define por patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos (como está especificado en el Criterio B), que se manifiestan de forma distinta según la edad y la capacidad, la intervención y las ayudas actuales. Entre los comportamientos estereotipados o repetitivos se incluyen las estereotipias motoras simples (p. ej., el aleteo de manos, los movimientos rápidos de los dedos), el uso repetitivo de objetos (p. ej., girar monedas, alinear juguetes) y el habla repetitiva (p. ej., ecolalia, la repetición retrasada o inmediata de palabras escuchadas, el uso del "tú" refiriéndose a uno mismo, el uso de palabras, frases o patrones prosódicos estereotipados). La excesiva inflexibilidad de las rutinas y patrones de comportamiento restringidos se pueden manifestar como una resistencia a los cambios (p. ej., angustia por cambios aparentemente pequeños, como en el envoltorio de una comida favorita, insistir en seguir las reglas, rigidez de pensamiento) o patrones de comportamiento verbal o no verbal ritualizados (p. ej., preguntas repetitivas, caminar continuamente por un perímetro). Los intereses muy restringidos y fijos en el trastorno del espectro autista tienden a ser anormales en su intensidad o foco (p. ej., un niño pequeño con un fuerte apego por una sartén, un niño preocupado por las aspiradoras, un adulto que pasa horas escribiendo horarios). Algunas fascinaciones y rutinas pueden tener relación con una aparente hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales, que se manifiesta por respuestas extremas a sonidos o texturas específicos, oler o tocar objetos excesivamente, fascinación por las luces o los objetos que giran y, a veces, una aparente indiferencia al dolor, el calor o el frío. Son frecuentes las reacciones extremas y los rituales relacionados con el sabor, el olor, la textura o la apariencia de los alimentos, y las restricciones alimentarias excesivas, que pueden ser una característica de la presentación del trastorno del espectro autista.

Muchos adultos con trastorno del espectro autista sin discapacidades intelectuales o del lenguaje aprenden a suprimir el comportamiento repetitivo en público. Los intereses especiales pueden ser una fuente de placer y motivación, y pueden ofrecer vías para la educación y el empleo en fases posteriores de la vida. Los criterios diagnósticos se pueden cumplir si los patrones de comportamiento, los intereses o las actividades restringidos y repetitivos ya estaban claramente presentes durante la infancia o en algún momento del pasado, aunque no continúen.

El Criterio D requiere que las características deban causar deficiencias clínicamente significativas en el funcionamiento social u ocupacional o en otras áreas del funcionamiento actual. El Criterio E especifica que las deficiencias de la comunicación social, aunque a veces se acompañen de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), no están al mismo nivel de desarrollo del individuo; las deficiencias superan las dificultades previstas para el nivel de desarrollo.

Existen instrumentos diagnósticos conductuales estandarizados y con buenas propiedades psicométricas –como entrevistas con los cuidadores, cuestionarios y medidas observacionales de los clínicos– que pueden mejorar la fiabilidad del diagnóstico con el paso del tiempo y entre diferentes clínicos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Muchos pacientes con trastorno del espectro autista también tienen un deterioro intelectual y/o del lenguaje (p. ej., lentitud al hablar, comprensión de lenguaje peor que la producción). Incluso los que tienen una inteligencia normal o alta tienen un perfil de capacidades desnivelado. La brecha entre las habilidades intelectuales y las habilidades funcionales adaptativas es a menudo grande. Muchas veces existen deficiencias motoras, como una manera de caminar extraña, torpeza y otros signos motores anormales (p. ej., caminar de puntillas). Pueden producirse autolesiones (p. ej., darse golpes con la cabeza, morderse la muñeca) y son más comunes los comportamientos disruptivos/difíciles en los niños y en los adolescentes con trastorno del espectro autista que en aquéllos con otros trastornos, incluida la discapacidad intelectual. Los adolescentes y los adultos con trastorno del espectro autista tienen tendencia a la ansiedad y a la depresión. Algunos individuos presentan un comportamiento motor similar a la catatonía (ir más despacio y "congelándose" en medio de una acción), pero éstos no alcanzan normalmente la magnitud que se observa en un episodio catatónico. Sin embargo, es posible que los individuos con trastorno del espectro autista presenten un deterioro marcado de los síntomas motores y muestren un episodio catatónico completo con síntomas como el mutismo, las posturas, las muecas y la flexibilidad cérea. El período de riesgo para la catatonía comórbida parece ser mayor durante la adolescencia.

Prevalencia

En los últimos años, las frecuencias descritas para el trastorno del espectro autista en Estados Unidos y otros países han llegado a cerca del 1 % de la población, con estimaciones parecidas en las muestras infantiles y de adultos. No está claro si las tasas más altas reflejan la expansión de los criterios diagnósticos del DSM-IV para incluir los casos subumbrales, un aumento de la conciencia del trastorno, las diferentes metodologías de estudio o un aumento real de la frecuencia del trastorno del espectro autista.

Desarrollo y curso

También se deberían describir la edad y el patrón de inicio en el trastorno del espectro autista. Los síntomas se reconocen normalmente durante el segundo año de vida (12–24 meses de edad), pero se pueden observar antes de los 12 meses si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles. La descripción del patrón de inicio puede incluir información acerca de los retrasos tempranos del desarrollo o de cualquier pérdida de capacidades sociales o de lenguaje. En los casos en que se han perdido capacidades, los padres o cuidadores pueden explicar la historia del deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o las capacidades del lenguaje. Normalmente, esto ocurriría entre los 12 y 24 meses de edad, y se debe plantear la distinción de los casos raros de regresión del desarrollo que ocurren después de, por lo menos, 2 años de desarrollo normal (previamente descrito como trastorno desintegrativo de la infancia).

Las características conductuales del trastorno del espectro autista empiezan a ser evidentes en la primera infancia, presentando algunos casos falta de interés por la interacción social durante el primer año de vida. Algunos niños con trastorno del espectro autista presentan una paralización o una regresión del desarrollo con deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o el uso del lenguaje durante los primeros 2 años de vida. Estas pérdidas son raras en otros trastornos y pueden utilizarse como "señal de alerta" para el trastorno del espectro autista. Mucho más infrecuentes son –y justifican un estudio médico más extenso– las pérdidas de capacidades más allá de la comunicación social (p. ej., las pérdidas del autocuidado, de la capacidad de ir al lavabo, de las

capacidades motoras) o las que ocurren después del segundo aniversario (véase también el síndrome de Rett, en la sección "Diagnóstico diferencial", para este trastorno).

Los primeros síntomas del trastorno del espectro autista implican frecuentemente un retraso en el desarrollo del lenguaje, acompañado a menudo por falta de interés social o interacciones sociales inusuales (p. ej., llevar a alguien de la mano sin intentar mirarle), patrones de juego extraños (p. ej., llevar juguetes de un lado a otro sin jugar con ellos) y patrones de comunicación inusuales (p. ej., saber el alfabeto pero no responder a su propio nombre). Puede sospecharse una sordera, pero normalmente se descarta. Durante el segundo año, los comportamientos extraños y repetitivos y la ausencia de juego característica se hacen más evidentes. Como muchos niños pequeños de desarrollo normal tienen fuertes preferencias y les gusta la repetición (p. ej., comer los mismos alimentos, mirar el mismo vídeo varias veces), puede ser difícil distinguir los comportamientos restringidos y repetitivos típicos del trastorno del espectro autista en los niños de edad preescolar. La distinción clínica se basa en el tipo, la frecuencia y la intensidad del comportamiento (p. ej., un niño que alinea objetos durante horas cada día y presenta mucho malestar si se le mueve cualquiera de esos objetos).

El trastorno del espectro autista no es un trastorno degenerativo y es normal que el aprendizaje y la compensación continúen durante toda la vida. Los síntomas a menudo son muy marcados durante la infancia temprana y en los primeros años escolares, con mejoría del desarrollo típico en la infancia más tardía, al menos en algunas áreas (p. ej., aumento del interés por la interacción social). Una pequeña proporción de individuos se deteriora conductualmente durante la adolescencia, mientras que la mayoría mejora. Solamente una minoría de individuos con trastorno del espectro autista vive y trabaja independientemente en la edad adulta; los que lo hacen tienden a tener mayores capacidades lingüísticas e intelectuales y logran encontrar un área que compagina sus especiales intereses y capacidades. En general, los individuos con un nivel menor de deterioro pueden ser más capaces de funcionar independientemente. Sin embargo, incluso estos individuos pueden seguir siendo socialmente ingenuos y vulnerables, pueden tener dificultades para organizar las exigencias prácticas sin ayuda y pueden tener tendencia a la ansiedad y a la depresión. Muchos adultos describen que utilizan estrategias de compensación y afrontamiento para esconder sus dificultades en público, pero sufren el estrés y el esfuerzo de mantener una fachada social aceptable. Se sabe muy poco sobre la edad avanzada en el trastorno del espectro autista.

Algunos individuos consultan para un primer diagnóstico en la edad adulta, quizás impulsados por el diagnóstico de autismo en un niño de la familia o un empeoramiento de las relaciones en el trabajo o en casa. En tales casos puede ser difícil obtener una historia detallada del desarrollo y sería importante tener en cuenta las dificultades descritas por el propio paciente. Cuando la observación clínica sugiere que actualmente se cumplen los criterios, se puede diagnosticar el trastorno del espectro autista siempre que no haya pruebas de una buena capacidad social y de comunicación durante la infancia. Por ejemplo, la descripción (por los padres u otro familiar) de que el individuo tenía amistades recíprocas normales y continuadas, y buenas habilidades para la comunicación no verbal durante toda la infancia, descartaría el diagnóstico de trastorno del espectro autista; sin embargo, la ausencia de información en sí no sería motivo para descartar el diagnóstico.

Las manifestaciones de deterioro social y de la comunicación, y los comportamientos restringidos/repetitivos que definen el trastorno del espectro autista, son claros en el período de desarrollo. En etapas posteriores de la vida, la intervención y la compensación, y también los apoyos actuales, pueden enmascarar estas dificultades en, al menos, algunos contextos. Sin embargo, los síntomas son suficientes como para causar deterioro actual en el funcionamiento social u ocupacional, o en otras áreas.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores pronósticos mejor establecidos para el resultado individual dentro del trastorno del espectro autista son la presencia o ausencia de una discapacidad intelectual asociada, el deterioro de lenguaje (p. ej., un lenguaje funcional al llegar a los 5 años de edad es un buen signo pronóstico) y los otros problemas añadidos de salud mental. La epilepsia, como diagnóstico comórbido, se asocia a una mayor discapacidad intelectual y a una menor capacidad verbal.

Ambiental. Existen diversos factores de riesgo inespecíficos, como la edad avanzada de los padres, el bajo peso al nacer o la exposición fetal al valproato, que podrían contribuir al riesgo de presentar el trastorno del espectro autista.

Genético y fisiológico. Las estimaciones de la heredabilidad del trastorno del espectro autista varían entre el 37 y más del 90 %, basándose en la tasa de concordancia entre gemelos. Actualmente, hasta el 15 % de los casos de trastorno del espectro autista parece asociarse a una mutación genética conocida, siendo muchas las variantes *de novo*, del número de copias y las mutaciones *de novo* en genes específicos que se asocian al trastorno en las diferentes familias. Sin embargo, incluso si el trastorno del espectro autista está asociado a una mutación genética conocida, ésta no parece ser completamente penetrante. El riesgo en el resto de los casos parece ser poligénico, quizás con centenares de *loci* genéticos que realizan contribuciones relativamente pequeñas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Aunque existen diferencias culturales respecto a la normalidad de la interacción social, la comunicación no verbal y las relaciones, los individuos con trastorno del espectro autista tienen una alteración marcadamente distinta de la normalidad dentro de su contexto cultural. Diversos factores culturales y socioeconómicos pueden afectar a la edad del reconocimiento o del diagnóstico; por ejemplo, en Estados Unidos pueden producirse diagnósticos tardíos o infradiagnósticos del trastorno del espectro autista entre los niños afroamericanos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno del espectro autista se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en el sexo masculino que en el femenino. En las muestras clínicas, las niñas tienden a tener más probabilidades de presentar discapacidad intelectual acompañante, lo que sugiere que en las niñas, sin deterioro intelectual acompañante o retrasos del lenguaje, el trastorno podría no reconocerse, quizás por ser más sutil la manifestación de las dificultades sociales y de comunicación.

Consecuencias funcionales del trastorno del espectro autista

En los niños pequeños con trastorno del espectro autista, la falta de habilidades sociales y de comunicación puede impedir el aprendizaje, particularmente el aprendizaje a través de la interacción social o en las situaciones con compañeros. En casa, la insistencia en las rutinas y la aversión a los cambios, así como las sensibilidades sensoriales, pueden interferir con el comer y el dormir, y hacer muy difíciles los cuidados rutinarios (p. ej., cortes de pelo, intervenciones dentales). Las habilidades adaptativas están típicamente por debajo del CI medido. Las dificultades extremas para planificar, organizar y enfrentarse a los cambios impactan negativamente en los logros académicos, incluso en los estudiantes con inteligencia por encima de la media. Durante la edad adulta, estos individuos pueden tener dificultades para establecerse con independencia por la continua rigidez y sus problemas para aceptar novedades.

Muchos individuos con trastorno del espectro autista, incluso sin discapacidad intelectual, tienen un funcionamiento psicosocial bajo en la edad adulta, según indican medidas como vivir independientemente y el empleo remunerado. Las consecuencias funcionales en la edad avanzada se desconocen, pero el aislamiento social y los problemas de comunicación (p. ej., la poca búsqueda de ayuda) probablemente tengan consecuencias para la salud en la madurez tardía.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Rett. Puede observarse una alteración de la interacción social durante la fase regresiva del síndrome de Rett (típicamente entre 1 y 4 años de edad); así pues, una proporción sustancial de las niñas pequeñas afectadas podrían debutar con una presentación que cumpla los criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista. Sin embargo, después de este período, la mayoría de los individuos con síndrome de Rett mejoran sus habilidades para la comunicación social y los rasgos autistas dejan de ser tan problemáticos. Por tanto, se debería tener en cuenta el trastorno del espectro autista solamente si se cumplen todos los criterios diagnósticos.

Mutismo selectivo. En el mutismo selectivo, el desarrollo temprano no está habitualmente alterado. El niño afectado muestra normalmente capacidades de comunicación apropiadas en ciertos contextos y entornos. Incluso en los entornos donde el niño está mudo, la reciprocidad social no está deteriorada y no se presentan patrones de comportamiento restringidos o repetitivos.

Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático). En algunas formas del trastorno del lenguaje puede haber problemas de comunicación y algunas dificultades sociales secundarias. Sin embargo, el trastorno del lenguaje específico normalmente no está asociado con una comunicación no verbal anormal, ni con la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y repetitivos.

Si un individuo muestra deterioro de la comunicación social y las interacciones sociales, pero no muestra comportamientos o intereses restringidos y repetitivos, se pueden cumplir los criterios del trastorno de la comunicación social (pragmático) en vez de los del trastorno del espectro autista. El diagnóstico de trastorno del espectro autista sustituye al de trastorno de la comunicación social (pragmático) siempre que se cumplan los criterios del trastorno del espectro autista. Habría que asegurarse de investigar bien los comportamientos restringidos o repetitivos del pasado y el momento presente.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) sin trastorno del espectro autista. La discapacidad intelectual sin trastorno del espectro autista puede ser difícil de diferenciar del trastorno del espectro autista en los niños muy pequeños. Los individuos con discapacidad intelectual, que no han desarrollado capacidades del lenguaje o simbólicas, también constituyen un reto para el diagnóstico diferencial, ya que los comportamientos repetitivos a menudo se presentan también en estos individuos. Un diagnóstico de trastorno de espectro autista en un individuo con discapacidad intelectual sería correcto si la comunicación y la interacción social están significativamente deterioradas en comparación con el nivel del desarrollo de las capacidades no verbales del individuo (p. ej., habilidades motoras finas, resolución de problemas no verbales). En cambio, la discapacidad intelectual sería el diagnóstico apropiado si no hay ninguna discrepancia aparente entre el nivel de las capacidades sociales/comunicativas y el de las demás capacidades intelectuales.

Trastorno de movimientos estereotipados. Las estereotipias motoras se incluyen entre las características diagnósticas del trastorno del espectro autista y, por tanto, no se realiza un diagnóstico adicional de trastorno de movimientos estereotipados cuando tales comportamientos repetitivos se pueden explicar mejor por la presencia del trastorno del espectro autista. Sin embargo, cuando las estereotipias causan autolesiones y llegan a ser uno de los objetivos del tratamiento, los dos diagnósticos podrían ser apropiados.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Las anormalidades en la atención (excesivamente centrado o fácilmente distraído) son frecuentes en los individuos con trastorno del espectro autista, al igual que la hiperactividad. Se debería considerar el diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) si las dificultades atencionales o la hiperactividad superan las que normalmente se observan en los individuos de edad mental comparable.

Esquizofrenia. La esquizofrenia de inicio en la infancia normalmente se desarrolla después de un período de desarrollo normal o casi normal. Se ha descrito un estado prodrómico en el que se produce deterioro social y aparecen intereses y creencias atípicas, lo que podría confundirse con las deficiencias sociales observadas en el trastorno del espectro autista. Las alucinaciones y los delirios, que son las características definitorias de la esquizofrenia, no son rasgos del trastorno del espectro autista. Sin embargo, los clínicos deben tener en cuenta la posibilidad de que los individuos con trastorno del espectro autista interpreten de manera excesivamente concreta las preguntas relacionadas con las características clave de la esquizofrenia (p. ej., "¿Oyes voces cuando no hay nadie presente?" "Sí [en la radio]").

Comorbilidad

El trastorno del espectro autista se asocia frecuentemente a deterioro intelectual y a alteraciones estructurales del lenguaje (es decir, incapacidad para comprender y construir frases gramaticalmente correctas) que se deberían registrar con los correspondientes especificadores en cada caso. Muchos individuos con trastorno del espectro autista tienen síntomas psiquiátricos que no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno (aproximadamente el 70 % de los individuos con trastorno del espectro autista puede tener un trastorno mental comórbido, y el 40 % puede tener dos o más trastornos mentales comórbidos). Cuando se cumplen los criterios del TDAH y del trastorno del espectro autista, se deberían realizar los dos diagnósticos. Este mismo principio se aplica a los diagnósticos concurrentes de trastorno del espectro autista y trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de ansiedad,

trastorno depresivo y otros diagnósticos comórbidos. Entre los individuos que tienen deficiencias en el lenguaje o no verbales, signos observables como serían las alteraciones del sueño o la alimentación y el incremento de conductas problemáticas deberían llevar a evaluar si existe ansiedad o depresión. Las dificultades específicas del aprendizaje (lectoescritura y aritmética) son frecuentes, así como el trastorno del desarrollo de la coordinación. Las afecciones médicas comúnmente asociadas al trastorno del espectro autista deberían ser anotadas bajo el especificador "asociado con una conocida afección médica/ genética o ambiental/adquirida". Tales afecciones médicas son la epilepsia, los problemas del sueño y el estreñimiento. El trastorno de la conducta alimentaria de la ingesta de alimentos es una forma característica de presentación del trastorno del espectro autista bastante frecuente. Las preferencias extremas y restringidas de alimentos pueden persistir en el tiempo.

Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Criterios diagnósticos

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):
   1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
      Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
      a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
      b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
      c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
      d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
      e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
      f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
      g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
      h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
      i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

<= Ir a la Clasificación

2. **Hiperactividad e impulsividad:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:
   Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.
   a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
   b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
   c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
   d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
   e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
   f. Con frecuencia habla excesivamente.
   g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
   h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
   i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad–impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. La *inatención* se manifiesta conductualmente en el TDAH como desviaciones en las tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener la atención y desorganización que no se deben a un desafío o a falta de comprensión. La *hiperactividad* se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño que corretea) cuando no es apropiado, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos. En los adultos, la hiperactividad puede manifestarse como una inquietud extrema y un nivel de actividad que cansa a las otras personas. La *impulsividad* se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar al individuo (p. ej., ir corriendo a la calle sin mirar). La impulsividad puede reflejar un deseo de recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente (p. ej., interrumpir excesivamente a los otros) y/o a tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (p. ej., aceptar un trabajo sin información adecuada).

El TDAH empieza en la infancia. El requisito de que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años de edad transmite la importancia de una presentación clínica sustancial durante la infancia. Al mismo tiempo, no se especifica una edad de inicio más temprana por las dificultades para establecer retrospectivamente y con precisión el inicio durante la infancia. La memoria de los síntomas infantiles en los adultos tiende a ser poco fiable y convendría obtener información adicional.

Las manifestaciones del trastorno deben estar presentes en más de un entorno (p. ej., la casa, la escuela, el trabajo). La confirmación de los síntomas sustanciales en los diferentes entornos normalmente no se puede realizar con precisión sin consultar con informantes que hayan observado al individuo en esos contextos. De manera característica, los síntomas varían dependiendo del contexto dentro de cada entorno. Los signos del trastorno pueden ser mínimos o estar ausentes cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo estrecha supervisión, está en una situación nueva, está participando en actividades especialmente interesantes, tiene una estimulación externa constante (p. ej., por pantallas electrónicas), o está en situaciones donde interactúa cara a cara con otra persona (p. ej., la consulta del clínico).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los retrasos leves del desarrollo lingüístico motor o social no son específicos del TDAH, pero frecuentemente concurren. Entre las características asociadas se pueden incluir la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo. Incluso en ausencia de un trastorno específico del aprendizaje, muchas veces está deteriorado el rendimiento académico o laboral. El comportamiento inatento está asociado a varios procesos cognitivos subyacentes y los individuos con TDAH pueden mostrar problemas cognitivos en las pruebas de atención, de función ejecutiva o de memoria, aunque estas pruebas no son suficientemente sensibles para servir de indicios diagnósticos. Al llegar a la juventud, el TDAH se asocia a un mayor riesgo de intentos de suicidio, principalmente cuando hay trastornos comórbidos del estado de ánimo o de la conducta o exista consumo de sustancias.

Ningún marcador biológico es diagnóstico para el TDAH. Como grupo, comparado con otros niños de su edad, los niños con TDAH muestran electroencefalogramas con aumento de las ondas lentas, un volumen cerebral total reducido en las imágenes de resonancia magnética y posiblemente un retraso en la maduración del *cortex* desde la zona posterior a la anterior, aunque estos hallazgos no son diagnósticos. Incluso en los casos poco frecuentes, en que hay una causa genética conocida (p. ej., el síndrome del X frágil, el síndrome de la deleción de 22q11) se debe seguir diagnosticando la presentación del TDAH.

Prevalencia

Las encuestas de población sugieren que el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el 5 % de los niños y el 2,5 % de los adultos.

Desarrollo y curso

Muchos padres observan la actividad motora excesiva por primera vez cuando el niño está en la primera infancia, pero los síntomas son difíciles de distinguir de los comportamientos normales, muy variables antes de los 4 años. El TDAH se identifica más frecuentemente durante la escuela primaria, cuando la inatención llega a ser más destacada y deteriora el rendimiento. El trastorno es relativamente estable durante la adolescencia temprana, pero algunos individuos tienen un curso que empeora con la aparición de comportamientos antisociales. En la mayoría de los individuos con TDAH, los síntomas de hiperactividad motora llegan a ser menos obvios durante la adolescencia y la vida adulta, aunque pueden persistir las dificultades debidas a la inquietud, la inatención, la poca planificación y la impulsividad. Una proporción sustancial de niños con TDAH tiene deterioros que persisten durante la edad adulta.

En la etapa preescolar, la principal manifestación es la hiperactividad. La inatención llega a ser más marcada durante la escuela primaria. Durante la adolescencia, los signos de hiperactividad (p. ej., correr y trepar) son menos frecuentes y pueden limitarse al jugueteo o a una sensación interior de nerviosismo, inquietud o impaciencia. En la edad adulta, junto con la inatención y la inquietud, puede ser problemática la impulsividad aun cuando la hiperactividad haya disminuido.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. El TDAH se acompaña de una menor inhibición conductual y de mayores esfuerzos por controlarse o ponerse freno, de emotividad negativa y de una elevada búsqueda de novedades. Estos rasgos pueden predisponer a algunos niños al TDAH, pero no son específicos del trastorno.

Ambiental. El peso al nacer muy bajo (menos de 1500 g) multiplica el riesgo de TDAH de dos a tres veces, pero la mayoría de los niños con bajo peso al necer no desarrollan ningún TDAH. Aunque el TDAH se correlaciona con el hecho de fumar durante el embarazo, parte de esta asociación refleja un riesgo genético común. Una minoría de casos puede tener relación con reacciones a aspectos de la dieta. Puede haber antecedentes de maltrato infantil, negligencia, múltiples casas de acogida temporal, exposición a neurotóxicos (p. ej., plomo), infecciones (p. ej., encefalitis) o exposición al alcohol durante la vida intrauterina. Se ha correlacionado la exposición a tóxicos ambientales con la aparición posterior de un TDAH, pero no se sabe si estas asociaciones son causales.

Genético y fisiológico. El TDAH es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con TDAH. La heredabilidad del TDAH es considerable. Aunque se han correlacionado genes específicos con el TDAH, éstos no son factores causales necesarios ni suficientes. Se deberían considerar las discapacidades visuales y auditivas, las anormalidades metabólicas, los trastornos del sueño, las deficiencias nutritivas y la epilepsia como posibles influencias sobre los síntomas del TDAH.

El TDAH no está asociado a rasgos físicos específicos, aunque la frecuencia de anomalías físicas menores (hipertelorismo, paladar muy arqueado, orejas bajas) puede ser relativamente elevada. Pueden producirse retrasos motores sutiles y otros signos neurológicos menores. (Nótese que se deberían codificar por separado una marcada torpeza concurrente y los retrasos motores [p. ej., trastorno del desarrollo de la coordinación].)

Modificadores del curso. Los patrones de interacción familiar en la primera infancia normalmente no causan TDAH, pero pueden influir en su curso o contribuir al desarrollo secundario de problemas conductuales.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las diferencias entre las prevalencias del TDAH de diferentes regiones parecen ser atribuibles principalmente a las diferentes prácticas diagnósticas y metodológicas. No obstante, también puede haber una variación cultural en las actitudes hacia los comportamientos de los niños o su interpretación. Los porcentajes de identificación clínica en Estados Unidos para las poblaciones afroamericanas y latinas tienden a ser más bajos que para las poblaciones caucásicas. Las evaluaciones de síntomas de los informantes podrían verse influidas por el grupo cultural del niño y del informante, lo que indica que en la evaluación del TDAH es importante que la práctica clínica sea culturalmente apropiada.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El TDAH es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino entre la población general, con una proporción de aproximadamente 2:1 en los niños y 1,6:1 en los adultos. El sexo femenino tiene más tendencia que el masculino a presentar principalmente rasgos de inatención.

Consecuencias funcionales del trastorno por déficit de atención/hiperactividad

El TDAH se asocia a bajo rendimiento escolar, escasos logros académicos y rechazo social; en los adultos, se asocia a menores rendimientos y logros laborales, y un mayor absentismo y a más probabilidades de desempleo, además de un mayor número de conflictos interpersonales. Los niños con TDAH tienen significativamente más probabilidades que otros niños de desarrollar un trastorno de conducta en la adolescencia y un trastorno de la personalidad antisocial en la edad adulta; en consecuencia, aumentan las probabilidades de los trastornos por consumo de sustancias y el encarcelamiento. El riesgo de presentar trastornos por consumo de sustancias posteriormente es elevado, especialmente cuando se desarrolla un trastorno de conducta o un trastorno de la personalidad antisocial. Los individuos con TDAH tienen más probabilidades que otros de sufrir lesiones. Los accidentes y las infracciones de tráfico son más frecuentes entre los conductores con TDAH. Puede haber un elevado riesgo de obesidad entre los individuos con TDAH.

La dedicación insuficiente o variable a las tareas que requieren esfuerzo sostenido la interpretan muchas veces los demás como pereza, irresponsabilidad o falta de cooperación. Las relaciones familiares pueden caracterizarse por la discordia y las interacciones negativas. Las relaciones con los compañeros muchas veces están afectadas por el rechazo, la negligencia o las burlas hacia el individuo con TDAH. Normalmente, los individuos con TDAH tienen menor educación escolar, menores logros vocacionales y puntuaciones intelectuales más bajas que sus compañeros, aunque hay mucha variabilidad. En su forma grave, el trastorno causa un gran deterioro, afectando a la adaptación social, familiar y académica/laboral.

Los déficits académicos, los problemas relacionados con la escuela y la tendencia negligente hacia los compañeros tienden a estar más asociados con los síntomas marcados de inatención, mientras que el rechazo de los compañeros y, en menor grado, las lesiones por accidentes son más destacados con los síntomas marcados de hiperactividad o impulsividad.

Diagnóstico diferencial

Trastorno negativista desafiante. Los individuos con trastorno negativista desafiante pueden resistirse a realizar un trabajo o las tareas escolares que requieren dedicación porque se resisten a amoldarse a las exigencias de los demás. Su comportamiento se caracteriza por la negatividad, la hostilidad y el desafío. En los individuos con TDAH se tienen que distinguir estos síntomas de la aversión a la escuela o hacia las tareas mentalmente exigentes debido a la dificultad de mantener el esfuerzo mental, al olvido de las instrucciones y a la impulsividad. El diagnóstico diferencial es aún más complicado por el hecho de que algunos individuos con TDAH pueden desarrollar actitudes negativistas secundarias hacia este tipo de tareas y devaluar su importancia.

Trastorno explosivo intermitente. El TDAH y el trastorno explosivo intermitente comparten altos niveles de conducta impulsiva. Sin embargo, los individuos con trastorno explosivo intermitente muestran una hostilidad pronunciada hacia los otros que no es característica del TDAH, y no presentan los problemas para sostener la atención que se observan en el TDAH. Además, el trastorno explosivo intermitente es raro en la infancia. El trastorno explosivo intermitente se puede diagnosticar en presencia de un TDAH.

Otros trastornos del neurodesarrollo. La actividad motora elevada, que puede ocurrir en el TDAH, se debe distinguir del comportamiento motor repetitivo que caracteriza al trastorno de movimientos estereotipados y a algunos casos de trastorno del espectro autista. En el trastorno de movimientos estereotipados, el comportamiento motor generalmente es fijo y repetitivo (balanceo del cuerpo, morderse), mientras que la tendencia a juguetear y la inquietud del TDAH son típicamente generalizadas y no se caracterizan por movimientos repetitivos estereotipados. En el trastorno de la Tourette, los frecuentes

tics múltiples se pueden confundir con la tendencia a juguetear generalizada del TDAH. Puede ser necesaria una observación prolongada para diferenciar el jugueteo de los episodios de tics múltiples.

Trastorno específico del aprendizaje. Los niños con trastorno específico del aprendizaje pueden parecer inatentos por su frustración, su falta de interés o su capacidad limitada. Sin embargo, en los individuos con trastorno específico del aprendizaje, que no tienen TDAH, la inatención no conlleva deterioros fuera del trabajo académico.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual). Los síntomas del TDAH son frecuentes en los niños que se encuentran en situaciones académicas que no son las apropiadas para su capacidad intelectual. En estos casos, los síntomas no son evidentes durante las tareas no académicas. El diagnóstico de TDAH en caso de discapacidad intelectual requiere que la inatención o la hiperactividad sea excesiva para la edad mental.

Trastorno del espectro autista. Los individuos con TDAH y los que tienen un trastorno del espectro autista muestran inatención, disfunción social y un comportamiento difícil de manejar. La disfunción social y el rechazo de los compañeros que se observan en los individuos con TDAH se debe distinguir de la desvinculación social, del aislamiento y de la indiferencia a las señales de comunicación faciales y tonales que se observan en los individuos con trastorno del espectro autista. Los niños con trastorno del espectro autista pueden tener rabietas por su incapacidad de tolerar los cambios en el curso de los acontecimientos esperados. En cambio, los niños con TDAH pueden portarse mal o tener una rabieta durante una transición importante a causa de su impulsividad o de su autocontrol bajo.

Trastorno de apego reactivo. Los niños con trastorno de apego reactivo pueden mostrar desinhibición social, pero no todos los síntomas centrales del TDAH; además, muestran otros rasgos, como la falta de relaciones duraderas, que no son característicos del TDAH.

Trastornos de ansiedad. El TDAH comparte los síntomas de inatención con los trastornos de ansiedad. Los individuos con TDAH son inatentos por su atracción por los estímulos externos, por las nuevas actividades o por distraerse pensando en actividades agradables. Esto se distingue de la inatención debida a la preocupación y la rumiación que se observa en los trastornos de ansiedad. La inquietud también se puede observar en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, en el TDAH, el síntoma no se asocia a preocupación y rumiación.

Trastornos depresivos. Los individuos con trastornos depresivos pueden presentar incapacidad para concentrarse. Sin embargo, la baja concentración en los trastornos del estado de ánimo solamente llega a ser prominente durante los episodios depresivos.

Trastorno bipolar. Los individuos con trastorno bipolar pueden tener una intensa actividad, escasa concentración y mucha impulsividad, pero estas características son episódicas y se manifiestan de forma continua durante varios días seguidos. En el trastorno bipolar, la elevada impulsividad o inatención va acompañada de un estado de ánimo elevado, de grandiosidad y de otros síntomas bipolares específicos. Los niños con TDAH pueden mostrar cambios importantes del estado de ánimo en un solo día; esta labilidad es distinta de la de un episodio maníaco, que debe durar 4 días o más para ser un indicador clínico de trastorno bipolar, incluso en los niños. El trastorno bipolar es raro en los preadolescentes incluso cuando son prominentes la irritabilidad y la ira graves, mientras que el TDAH es frecuente en los niños y en los adolescentes que muestran ira e irritabilidad excesivas.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad generalizada, intolerancia y frustración, pero la impulsividad y la atención desorganizada no son las características principales. Sin embargo, la mayoría de los niños y los adolescentes con este trastorno tiene síntomas que también cumplen los criterios del TDAH, que se diagnostica por separado.

Trastornos por consumo de sustancias. Diferenciar el TDAH de los trastornos por consumo de sustancias puede ser problemático si la primera presentación de los síntomas del TDAH sigue al inicio del abuso o consumo frecuente. Para el diagnóstico diferencial podría ser esencial u obtener pruebas claras de la presencia de un TDAH antes del abuso de sustancias a partir de los informantes o de informes previos.

Trastornos de la personalidad. En los adolescentes y los adultos puede ser difícil distinguir el TDAH de los trastornos de la personalidad límite, narcisista y otros. Todos estos trastornos tienden a compartir rasgos de desorganización, intrusividad social, desregulación emocional y desregulación cognitiva. Pero el TDAH no se caracteriza por miedo al abandono, autolesión, ambivalencia extrema y otros rasgos de los trastornos de la personalidad. Se pueden necesitar observaciones clínicas extensas, entrevistas con informantes o una historia detallada para distinguir el comportamiento impulsivo, socialmente intrusivo o inapropiado del comportamiento narcisista, agresivo o dominador para hacer este diagnóstico diferencial.

Trastornos psicóticos. El TDAH no se diagnostica si los síntomas de inatención e hiperactividad se presentan exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico.

Síntomas de TDAH inducidos por medicación. Los síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad atribuibles al uso de medicación (p. ej., broncodilatadores, isoniacida, neurolépticos [que producen acatisia], medicación sustitutiva del tiroides) se diagnostican como otros trastornos especificados o no especificados relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Trastornos neurocognitivos. Que se sepa, el trastorno neurocognitivo mayor (demencia) de inicio temprano y el trastorno neurocognitivo leve no se asocian al TDAH, pero pueden presentar características clínica similares. Estas afecciones se distinguen del TDAH por su inicio tardío.

Comorbilidad

En los contextos clínicos, los trastornos comórbidos son frecuentes en los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios del TDAH. Entre la población general, el trastorno negativista desafiante concurre con el TDAH en aproximadamente la mitad de los niños con presentación combinada y en cerca de una cuarta parte de los niños y adolescentes con presentación predominantemente inatenta. El trastorno de conducta concurre en aproximadamente una cuarta parte de los niños y los adolescentes con presentación combinada, dependiendo de la edad y el contexto. La mayoría de los niños y los adolescentes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tiene síntomas que también cumplen los criterios del TDAH; un menor porcentaje de niños con TDAH tiene síntomas que cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El trastorno específico del aprendizaje frecuentemente concurre con el TDAH. Los trastornos de ansiedad y el trastorno de depresión mayor ocurren en una minoría de individuos con el TDAH, aunque más frecuentemente que en la población general. El trastorno explosivo intermitente ocurre en una minoría de adultos con TDAH, pero a niveles por encima de los que presenta la población general. Aunque los trastornos por consumo de sustancias son relativamente más frecuentes entre los adultos con TDAH que entre la población general, los trastornos están presentes solamente en una minoría de adultos con TDAH. En los adultos, el trastorno de la personalidad antisocial y otros trastornos de la personalidad pueden concurrir con el TDAH. Otros trastornos, que pueden concurrir con el TDAH, son el trastorno obsesivo–compulsivo, el trastorno de tics y el trastorno del espectro autista.

Otro trastorno por déficit de atención/ hiperactividad especificado

314.01 (F90.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado se utiliza en situacio-

nes en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad o de algún trastorno específico del neurodesarrollo. Esto se hace registrando “otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad específico” y a continuación el motivo específico (p. ej., “con síntomas de inatención insuficientes”).

Trastorno por déficit de atención/ hiperactividad no especificado

314.01 (F90.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría de trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno por déficit de atención/hiperactividad o de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Trastorno específico del aprendizaje

Trastorno específico del aprendizaje

Criterios diagnósticos

A. Dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas, evidenciado por la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante 6 meses, a pesar de intervenciones dirigidas a estas dificultades:

1. Lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo (p. ej., lee palabras sueltas en voz alta incorrectamente o con lentitud y vacilación, con frecuencia adivina palabras, dificultad para expresar bien las palabras).
2. Dificultad para comprender el significado de lo que lee (p. ej., puede leer un texto con precisión pero no comprende la oración, las relaciones, las inferencias o el sentido profundo de lo que lee).
3. Dificultades ortográficas (p. ej., puede añadir, omitir o sustituir vocales o consonantes).
4. Dificultades con la expresión escrita (p. ej., hace múltiples errores gramaticales o de puntuación en una oración, organiza mal el párrafo, la expresión escrita de ideas no es clara).
5. Dificultades para dominar el sentido numérico, los datos numéricos o el cálculo (p. ej., comprende mal los números, su magnitud y sus relaciones, cuenta con los dedos para sumar números de un solo dígito en lugar de recordar la operación matemática como hacen sus iguales, se pierde en el cálculo aritmético y puede intercambiar los procedimientos).
6. Dificultades con el razonamiento matemático (p. ej., tiene gran dificultad para aplicar los conceptos, hechos u operaciones matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

<= Ir a la Clasificación

B. Las aptitudes académicas afectadas están sustancialmente y en grado cuantificable por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo e interfieren significativamente con el rendimiento académico o laboral, o con actividades de la vida cotidiana, que se confirman con medidas (pruebas) estandarizadas administradas individualmente y una evaluación clínica integral. En individuos de 17 y más años, la historia documentada de las dificultades del aprendizaje se puede sustituir por la evaluación estandarizada.
C. Las dificultades de aprendizaje comienzan en la edad escolar, pero pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas de las aptitudes académicas afectadas superan las capacidades limitadas del individuo (p. ej., en exámenes cronometrados, la lectura o escritura de informes complejos y largos para una fecha límite inaplazable, tareas académicas excesivamente pesadas).
D. Las dificultades de aprendizaje no se explican mejor por discapacidades intelectuales, trastornos visuales o auditivos no corregidos, otros trastornos mentales o neurológicos, adversidad psicosocial, falta de dominio en el lenguaje de instrucción académica o directrices educativas inadecuadas.

Nota: Se han de cumplir los cuatro criterios diagnósticos basándose en una síntesis clínica de la historia del individuo (del desarrollo, médica, familiar, educativa), informes escolares y evaluación psicoeducativa.

Nota de codificación: Especificar todas las áreas académicas y subaptitudes alteradas. Cuando más de un área está alterada, cada una de ellas se codificará individualmente de acuerdo con los siguientes especificadores.

Especificar si:

315.00 (F81.0) Con dificultades en la lectura:

Precisión en la lectura de palabras
Velocidad o fluidez de la lectura
Comprensión de la lectura
Nota: *La dislexia* es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica. Si se utiliza dislexia para especificar este patrón particular de dificultades, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades de comprensión de la lectura o del razonamiento matemático.

315.2 (F81.81) Con dificultad en la expresión escrita:

Corrección ortográfica
Corrección gramatical y de la puntuación
Claridad u organización de la expresión escrita

315.1 (F81.2) Con dificultad matemática:

Sentido de los números
Memorización de operaciones aritméticas
Cálculo correcto o fluido
Razonamiento matemático correcto

Nota: *Discalculia* es un término alternativo utilizado para referirse a un patrón de dificultades que se caracteriza por problemas de procesamiento de la información numérica, aprendizaje de operaciones aritméticas y cálculo correcto o fluido. Si se utiliza discalculia para especificar este patrón particular de dificultades matemáticas, también es importante especificar cualquier dificultad adicional presente, como dificultades del razonamiento matemático o del razonamiento correcto de las palabras.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Algunas dificultades con las aptitudes de aprendizaje en una o dos áreas académicas, pero suficientemente leves para que el individuo pueda compensarlas o funcionar bien cuando recibe una adaptación adecuada o servicios de ayuda, especialmente durante la edad escolar.

Moderado: Dificultades notables con las aptitudes de aprendizaje en una o más áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de llegar a ser competente sin algunos períodos de enseñanza intensiva y especializada durante la edad escolar. Se puede necesitar alguna adaptación o servicios de ayuda al menos durante una parte del horario en la escuela, en el lugar de trabajo o en casa para realizar las actividades de forma correcta y eficaz.
Grave: Dificultades graves en las aptitudes de aprendizaje que afectan varias áreas académicas, de manera que el individuo tiene pocas probabilidades de aprender esas aptitudes sin enseñanza constante e intensiva individualizada y especializada durante la mayor parte de los años escolares. Incluso con diversos métodos de adaptación y servicios adecuados en casa, en la escuela o en el lugar de trabajo, el individuo puede no ser capaz de realizar con eficacia todas las actividades.

Procedimientos de registro

Se registrará cada una de las áreas académicas y subaptitudes afectadas por el trastorno de aprendizaje específico. Debido a los requisitos de codificación de la CIE, se codificarán por separado las dificultades para la lectura, la expresión escrita y las matemáticas, junto con sus deficiencias correspondientes de subaptitudes. Por ejemplo, las dificultades para la lectura y las matemáticas, y las deficiencias en las subaptitudes de velocidad o fluidez de lectura, comprensión de la lectura, cálculo correcto o fluido y razonamiento matemático correcto se codificarán y registrarán como 315.00 (F81.0) trastorno de aprendizaje específico con dificultades en la lectura, con dificultades de la velocidad y la fluidez de lectura y dificultad de comprensión de la lectura; 315.1 (F81.2) trastorno del aprendizaje específico con dificultad matemática, con dificultad del cálculo correcto o fluido y dificultad de razonamiento matemático correcto.

Características diagnósticas

El trastorno específico del aprendizaje es un trastorno del neurodesarrollo con un origen biológico que es la base de las anormalidades a nivel cognitivo que están asociadas a los signos conductuales del trastorno. El origen biológico incluye una interacción de factores genéticos, epigenéticos y ambientales que afectan a la capacidad del cerebro para percibir o procesar información, verbal o no verbal, eficientemente y con precisión.

Una característica principal del trastorno específico del aprendizaje son las dificultades persistentes para aprender aptitudes académicas esenciales (Criterio A) que surgen durante los años escolares (es decir, el período de desarrollo). Entre las aptitudes académicas esenciales se incluyen la lectura de palabras sueltas con precisión y fluidez, la comprensión de la lectura, la expresión escrita y la ortografía, el cálculo aritmético y el razonamiento matemático (resolver problemas matemáticos). A diferencia de hablar o caminar, que son hitos del desarrollo adquiridos que surgen con la maduración cerebral, las aptitudes académicas (p. ej., leer, deletrear, escribir, las matemáticas) tienen que ser explícitamente enseñadas y aprendidas. El trastorno específico del aprendizaje interrumpe el patrón normal de aprendizaje de las aptitudes académicas; no es simplemente una consecuencia de la falta de oportunidades para aprender ni de una instrucción insuficiente. Las dificultades para dominar estas aptitudes académicas clave también pueden impedir el aprendizaje de otras asignaturas académicas (p. ej., historia, ciencias, estudios sociales), pero estos problemas son atribuibles a las dificultades para aprender las aptitudes académicas básicas. Las dificultades para localizar letras con los sonidos de la lengua materna –para leer palabras escritas (frecuentemente llamada *dislexia*)– es una de las manifestaciones más frecuentes del trastorno específico del aprendizaje. Las dificultades para aprender se manifiestan como un abanico de comportamientos o síntomas observables y descriptibles (enumerados en los Criterios A1–A6). Estos síntomas clínicos pueden ser observados, probados en la entrevista clínica o determinados en los informes escolares, en las escalas de clasificación o en las descripciones de las evaluaciones educativas o psicológicas previas. Las dificultades para aprender son persistentes, no transitorias. En los niños y los adolescentes se define *persistente* como un progreso restringido del aprendizaje (es decir, no hay ningún indicio de que el niño esté alcanzando el nivel de sus compañeros) durante al menos 6 meses, a pesar de tener ayudas adicionales en casa o en el colegio. Por ejemplo, las dificultades para aprender a leer palabras sueltas que no mejoran completa o rápidamente con la enseñanza de aptitudes fonológicas o estrategias de identificación de palabras, pueden indicar un trastorno específico del aprendizaje. Las pruebas de que existen problemas persistentes en el aprendizaje se pueden obtener a partir de los sucesivos informes escolares, las carpetas con trabajos eva-

luados del niño, las medidas (pruebas) basadas en el plan de estudios o la entrevista clínica. En los adultos, la dificultad persistente se refiere a dificultades constantes en las aptitudes relacionadas con la lectoescritura o la aritmética que se manifiestan durante la infancia o la adolescencia y pueden constatarse mediante los informes escolares, las carpetas de trabajos evaluados o las evaluaciones previas.

Una segunda característica clave es que el rendimiento del individuo en las aptitudes académicas afectadas está bastante por debajo del promedio para la edad (Criterio B). Un indicador clínico importante de las dificultades para aprender aptitudes académicas son los logros académicos bajos para la edad o los logros académicos normales que solamente se sostienen con niveles extraordinariamente altos de esfuerzo o apoyo. En los niños, las aptitudes académicas bajas causan una interferencia significativa en el rendimiento escolar (indicado por los informes escolares y las notas o calificaciones del profesor). Otro indicador clínico, particularmente en los adultos, es la evitación de actividades que requieren aptitudes académicas. También en la edad adulta, las escasas aptitudes académicas interfieren en el rendimiento laboral o en las actividades cotidianas que requieren estas aptitudes (indicado por el propio paciente o por terceros). Sin embargo, este criterio también requiere datos psicométricos procedentes de una prueba sobre logros académicos administrada individualmente, psicométricamente válida y culturalmente apropiada, y que esté referida a la normalidad o a determinados criterios. Las aptitudes académicas están distribuidas en un continuo y, por lo tanto, no hay un punto claro que se pueda utilizar como referencia para diferenciar a los individuos con y sin trastorno específico del aprendizaje. Así pues, cualquier umbral que se utilice para especificar qué constituyen logros académicos significativamente bajos (p. ej., aptitudes académicas bastante por debajo de las expectativas propias de la edad) será, en gran parte, arbitrario. Se necesitan resultados bajos en una o más pruebas o subpruebas dentro de un dominio académico (es decir, por lo menos 1,5 desviaciones estándar [DE] por debajo del promedio de la población de la misma edad, lo que equivale a una puntuación estándar de 78 o menos y se sitúa por debajo del percentil 7) para conseguir la mayor certeza diagnóstica. No obstante, las puntuaciones exactas variarán según las pruebas normalizadas que se utilicen. Basándose en la valoración clínica, se puede utilizar un umbral menos estricto (p. ej., 1,0–2,5 DE por debajo del promedio de la población de la misma edad) cuando los problemas de aprendizaje se apoyan en datos coincidentes de la evaluación clínica, la historia académica, los informes escolares y los resultados de pruebas. Además, como las pruebas estandarizadas no están disponibles en todos los idiomas, el diagnóstico se puede basar, en parte, en la valoración clínica de los resultados obtenidos con las medidas (pruebas) disponibles.

Una tercera característica clave es que las dificultades del aprendizaje son muy evidentes en los primeros años escolares en la mayoría de los individuos (Criterio C). Sin embargo, en otros, las dificultades del aprendizaje pueden no manifestarse totalmente hasta cursos escolares posteriores, cuando las exigencias de aprendizaje aumentan y superan las capacidades limitadas del individuo.

Otra característica diagnóstica clave es que las dificultades del aprendizaje se consideran "específicas" por cuatro razones. Primera, no se pueden atribuir a discapacidades intelectuales (discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual]), al trastorno global del desarrollo, a trastornos visuales o auditivos, ni a trastornos neurológicos o motores (Criterio D). El trastorno específico del aprendizaje afecta al aprendizaje de individuos que, en otros aspectos, muestran niveles normales de funcionamiento intelectual (generalmente estimado mediante una puntuación de CI por encima de 70, aproximadamente [±5 puntos para compensar los errores de medición]). Se cita mucho la frase "problemas inesperados de rendimiento académico" como la característica definitoria del trastorno específico del aprendizaje, ya que las discapacidades específicas del aprendizaje no son parte de un problema general para aprender, como se manifiesta en la discapacidad intelectual o en el retraso global del desarrollo. El trastorno específico del aprendizaje también se puede producir en individuos identificados como intelectualmente "dotados". Estos individuos pueden ser capaces de mantener un funcionamiento académico aparentemente adecuado por medio de estrategias compensatorias, esfuerzos extraordinariamente altos o apoyos hasta que las demandas del aprendizaje o el procedimiento de evaluación (p. ej., pruebas cronometradas) supongan barreras para demostrar lo aprendido o para acabar las tareas requeridas. En segundo lugar, las dificultades del aprendizaje no se pueden atribuir a factores externos más generales, como la mala situación económica o ambiental, el absentismo crónico o la falta de estudios, presentes en el contexto social del individuo. En tercer lugar, las dificultades del aprendizaje no pueden atribuirse a trastornos neurológicos (p. ej., ictus infantil) o motores, ni a trastornos visuales o auditivos, que muchas veces se asocian a problemas con las aptitudes académicas pero que son distinguibles por la

presencia de signos neurológicos. Por último, la dificultad del aprendizaje puede restringirse a una sola aptitud o un solo dominio académico (p. ej., leer palabras sueltas, recordar o calcular datos numéricos).

Es necesaria una evaluación exhaustiva. El trastorno específico del aprendizaje solamente puede ser diagnosticado una vez que empieza la educación formal, pero se puede diagnosticar después, en cualquier momento, en los niños, los adolescentes o los adultos siempre que haya constancia de su inicio durante los años de educación formal (es decir, el período de desarrollo). Ninguna fuente única de datos es suficiente para el diagnóstico del trastorno específico del aprendizaje. En cambio, el trastorno específico del aprendizaje es un diagnóstico clínico basado en una síntesis de los antecedentes médicos, del desarrollo, educativos y familiares del individuo; la historia de la dificultad de aprendizaje, incluida su manifestación previa y actual; la repercusión que la dificultad tiene en el funcionamiento académico, laboral o social; los informes escolares previos o actuales; las carpetas de trabajos que requieren aptitudes académicas; las evaluaciones basadas en el plan de estudios, y las puntuaciones previas o actuales de pruebas normalizadas para medir los logros académicos. Si se sospecha un trastorno intelectual, sensorial, neurológico o motor, la evaluación del trastorno específico del aprendizaje también debería incluir métodos apropiados para estos trastornos. Por tanto, la evaluación exhaustiva implicará a profesionales con experiencia en el trastorno específico del aprendizaje y una evaluación psicológica/cognitiva. Como el trastorno específico del aprendizaje persiste normalmente en la edad adulta, raramente es necesario realizar una reevaluación, a no ser que se hayan producido cambios marcados en las dificultades del aprendizaje (mejora o empeoramiento) o que se pida con fines específicos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno específico del aprendizaje frecuentemente, pero no siempre, va precedido en los años preescolares de retrasos de la atención, el lenguaje o las habilidades motoras que pueden persistir y concurrir con el trastorno específico del aprendizaje. Es frecuente un perfil de aptitudes desiguales, como, por ejemplo aptitudes excepcionales para el dibujo, el diseño u otras áreas visoespaciales, pero una lectura lenta, con esfuerzo e imprecisa, una comprensión escasa de la lectura y una expresión escrita deficiente. Los individuos con trastorno específico del aprendizaje normalmente (pero no siempre) muestran resultados bajos en las pruebas psicológicas del procesamiento cognitivo. Sin embargo, aún no está claro si estas anormalidades cognitivas son la causa, el correlato o la consecuencia de las dificultades de aprendizaje. Además, aunque las deficiencias cognitivas asociadas a las dificultades para aprender a leer palabras están bien documentadas, las dificultades asociadas a otras manifestaciones del trastorno específico del aprendizaje (p. ej., la comprensión de la lectura, el cálculo aritmético, la expresión escrita) están poco especificadas o son desconocidas. Por otra parte, se ha observado que los individuos con síntomas conductuales o con resultados similares en las pruebas presentan diversas deficiencias cognitivas, y muchas de estas deficiencias de procesamiento también se encuentran en otros trastornos del neurodesarrollo (p. ej., el trastorno por déficit de atención/hiperactividad [TDAH], el trastorno del espectro autista, los trastornos de la comunicación, el trastorno del desarrollo de la coordinación). Así pues, no sería necesaria la evaluación de las deficiencias del procesamiento cognitivo para la evaluación diagnóstica. El trastorno específico del aprendizaje se asocia a un riesgo elevado de ideas suicidas e intentos de suicidio en los niños, los adolescentes y los adultos.

No existen marcadores biológicos conocidos del trastorno específico del aprendizaje. Como grupo, los individuos con este trastorno muestran alteraciones circunscritas en el procesamiento cognitivo y en la estructura y la función cerebrales. También son evidentes a nivel de grupo las diferencias genéticas. Sin embargo, para hacer el diagnóstico, en este momento no son útiles las pruebas cognitivas, las técnicas de neuroimagen, ni las pruebas genéticas.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno específico del aprendizaje en las áreas académicas de la lectura, la expresión escrita y las matemáticas es del 5–15 % en los niños de edad escolar de diferentes lenguas y culturas. La prevalencia en los adultos es desconocida, pero parece ser aproximadamente del 4 %.

Desarrollo y curso

El inicio, el reconocimiento y el diagnóstico del trastorno específico del aprendizaje normalmente se producen durante los años de la educación primaria, cuando los niños tienen que aprender a leer, dele-

trear, escribir y calcular. Sin embargo, en la primera infancia se observan frecuentemente algunos precursores, como los retrasos o las deficiencias del lenguaje, las dificultades para rimar o contar, y las dificultades con las habilidades motoras finas que son necesarias para escribir, antes de comenzar la instrucción formal. Las manifestaciones pueden ser conductuales (p. ej., resistencia a participar en el aprendizaje, conducta negativista). El trastorno específico del aprendizaje dura toda la vida, pero el curso y la expresión clínica son variables, dependiendo en parte de la interacción entre las exigencias que plantean las tareas del entorno, la variedad y gravedad de las dificultades de aprendizaje del individuo, las aptitudes de aprendizaje del individuo, la comorbilidad y los sistemas de apoyo e intervención disponibles. No obstante, los problemas de fluidez y comprensión de la lectura, con la ortografía, de expresión escrita y con las aptitudes numéricas cotidianas persisten normalmente en la edad adulta.

La manifestación de los síntomas puede cambiar con la edad y, por tanto, los problemas de aprendizaje del individuo pueden persistir o cambiar a lo largo de la vida.

Ejemplos de los síntomas que se pueden observar en los niños de edad preescolar son la falta de interés por jugar con los sonidos del lenguaje (p. ej., repeticiones, rimas) y la dificultad para aprender versos infantiles. Los niños preescolares con trastorno específico del aprendizaje pueden utilizar frecuentemente el balbuceo infantil, pronunciar mal las palabras y tener problemas para recordar los nombres de las letras, los números o los días de la semana. Pueden no reconocer letras en sus propios nombres y tener problemas para aprender a contar. Los niños de 5–6 años con trastorno específico del aprendizaje pueden ser incapaces de reconocer o escribir letras e incluso de escribir su propio nombre o pueden deletrear de forma inventada. Pueden tener problemas para separar en sílabas las palabras habladas (p. ej., "conde" en "con" y "de") y problemas para reconocer palabras que riman (p. ej., gato, pato, rato). Los niños de 5–6 años también pueden tener problemas para conectar las letras con sus sonidos (p. ej., la letra b hace el sonido /b/) y pueden ser incapaces de reconocer fonemas (p. ej., no saben, en un grupo de palabras [perro, mapa, gafas], cuál empieza con el mismo sonido que "gato").

El trastorno específico del aprendizaje en los niños con edad de ir a la escuela primaria se manifiesta típicamente como una dificultad marcada para aprender las correlaciones letra–sonido (particularmente en los niños angloparlantes), como una descodificación fluida de las palabras, de la ortografía o de los datos matemáticos; la lectura en voz alta es lenta, imprecisa y con esfuerzo, y algunos niños tienen problemas para entender la magnitud que representa un número hablado o escrito. Los niños en los cursos iniciales de primaria (de 1° a 3°) pueden continuar con problemas para reconocer y manipular fonemas y ser incapaces de leer palabras comunes de una sola sílaba (como sal o dos) y de reconocer palabras comunes que se deletrean de forma irregular (p. ej., en inglés "said, two"). Se pueden cometer errores que indiquen problemas para conectar sonidos y letras (p. ej., "las" por "sal") y tener dificultades para poner números y letras en orden secuencial. Los niños de los cursos 1° a 3° también pueden tener dificultades para recordar datos numéricos o las operaciones aritméticas de sumar, restar, etc., y pueden también quejarse de que la lectura y la aritmética son difíciles y evitar hacerlas. Los niños con trastorno específico del aprendizaje de los cursos medios (cursos 4°–6°) pueden pronunciar mal o saltarse partes de las palabras largas con múltiples sílabas (p. ej., decir "conible" para "convertible", "aminal" por "animal") y confundir palabras que suenan parecidas (p. ej., "tornado" con "soldado"). Pueden tener problemas para recordar fechas, nombres y números de teléfono, y pueden tener dificultades para acabar los deberes o los exámenes a tiempo. Los niños de los cursos medios también pueden tener una mala comprensión con o sin lectura lenta, con esfuerzo e imprecisa, y pueden tener problemas para leer palabras funcionales pequeñas (p. ej., eso, el, un, en). También pueden deletrear muy mal y hacer trabajos escritos de baja calidad. Pueden acertar la primera parte de una palabra y después adivinarla de forma aleatoria (p. ej., leer "reto" como "reloj") y pueden expresar miedo a leer en voz alta o negarse a hacerlo.

En cambio, los adolescentes pueden haber dominado la descodificación de las palabras, pero la lectura sigue siendo lenta y con esfuerzo, y es probable que muestren problemas marcados en la comprensión lectora y en la expresión escrita (incluida una mala ortografía), y falta de dominio de los datos matemáticos o en la resolución de problemas matemáticos. Durante la adolescencia y la vida adulta, los individuos con trastorno específico del aprendizaje pueden seguir cometiendo muchos errores de ortografía y leyendo las palabras sueltas y el texto corrido lentamente, con mucho esfuerzo y con problemas para pronunciar palabras con múltiples sílabas. Pueden necesitar releer el material frecuentemente para entender la idea principal y tienen problemas para hacer inferencias a partir de un texto escrito. Los

adolescentes y los adultos pueden evitar las actividades que requieran la lectura o la aritmética (leer por placer, leer instrucciones). Los adultos con trastorno específico del aprendizaje tienen problemas duraderos con la ortografía, una lectura lenta y con esfuerzo, y problemas para hacer inferencias a partir de los datos numéricos de los documentos escritos relacionados con el trabajo. Pueden evitar las actividades de ocio y laborales que requieran leer o escribir, o utilizar métodos alternativos para acceder a los textos (p. ej., software que convierte texto en voz/voz en texto, audiolibros, medios audiovisuales).

Una expresión clínica alternativa son las dificultades de aprendizaje circunscritas que persisten durante toda la vida, como la incapacidad para dominar el sentido básico de los números (p. ej., saber cuál de dos números o puntos representa más magnitud) o la falta de dominio para deletrear o identificar palabras. La evitación o la resistencia a participar en actividades que requieren aptitudes académicas es frecuente en los niños, los adolescentes y los adultos. Los episodios de ansiedad grave o de trastornos de ansiedad, con quejas somáticas o ataques de pánico, son frecuentes durante toda la vida y acompañan tanto a la expresión circunscrita como a la expresión más amplia de las dificultades del aprendizaje.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. Un nacimiento prematuro o con un peso muy bajo aumenta el riesgo del trastorno específico del aprendizaje, como también la exposición prenatal a la nicotina.

Genético y fisiológico. El trastorno específico del aprendizaje parece agregarse en familias, particularmente cuando afecta a la lectura, las matemáticas y la ortografía. El riesgo relativo del trastorno específico del aprendizaje en la lectura o las matemáticas es sustancialmente más alto (p. ej., 4–8 veces y 5–10 veces más alto, respectivamente) en los familiares de primer grado de los individuos con estas dificultades de aprendizaje en comparación con los individuos que no las tienen. Los antecedentes familiares de dificultades para la lectura (dislexia) y en las habilidades de lectoescritura de los padres predicen los problemas de lectoescritura o el trastorno específico del aprendizaje en los hijos, lo que indica una intervención combinada de factores genéticos y ambientales.

Hay una heredabilidad alta tanto para las aptitudes de lectura como para las discapacidades de la lectura en las lenguas alfabéticas y no alfabéticas, incluida una alta heredabilidad para la mayoría de las manifestaciones de aptitudes y discapacidades del aprendizaje (p. ej., valores de estimación de heredabilidad de más de 0,6). La covariación entre las diferentes manifestaciones de las dificultades del aprendizaje es alta, lo que indica que los genes relacionados con una presentación se correlacionan en gran medida con los genes relacionados con otras manifestaciones.

Modificadores del curso. Los problemas marcados con un comportamiento inatento en los años preescolares predicen dificultades más tardías en la lectura y las matemáticas (pero no necesariamente el trastorno específico del aprendizaje), y falta de respuesta a las intervenciones académicas eficaces. El retraso o los trastornos del habla o del lenguaje, o el deterioro del procesamiento cognitivo (p. ej., conciencia fonológica, memoria de trabajo, denominación de una serie rápida) en los años preescolares predicen el posterior trastorno específico del aprendizaje para la lectura y la expresión escrita. La comorbilidad con el TDAH predice un peor resultado de salud mental que la asociada al trastorno específico del aprendizaje sin TDAH. Una enseñanza sistemática, intensiva e individualizada mediante intervenciones basadas en datos científicos podría mejorar o disminuir las dificultades del aprendizaje en algunos individuos o promover el uso de estrategias compensatorias en otros, y así mitigar resultados que de lo contrario serían malos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno específico del aprendizaje se produce en las diferentes lenguas, culturas, razas y niveles socioeconómicos, aunque su manifestación puede variar según la naturaleza de los sistemas simbólicos hablados y escritos, y según las prácticas culturales y educativas. Por ejemplo, los requisitos del procesamiento cognitivo de la lectura y del trabajo con números varían mucho en las diferentes ortografías. En la lengua inglesa, el clásico síntoma clínico observable de la dificultad para aprender a leer es la lectura imprecisa y lenta de palabras sueltas; en otras lenguas alfabéticas (p. ej., el castellano, el alemán) y en las lenguas no alfabéticas (p. ej., el chino, el japonés), el síntoma clásico es la lectura lenta

pero precisa. En las personas que están aprendiendo inglés, la evaluación debería incluir la consideración de si el origen de las dificultades para leer es un dominio limitado del inglés o un trastorno específico del aprendizaje. Los factores de riesgo para el trastorno específico del aprendizaje en las personas que están aprendiendo inglés son los antecedentes familiares de un trastorno específico del aprendizaje o un retraso del lenguaje en la lengua materna, además de las dificultades con el inglés y la incapacidad de alcanzar el nivel de los compañeros. Si se sospecha que hay diferencias de cultura o de lengua (p. ej., como en alguien que aprende inglés), la evaluación tiene que tener en cuenta el dominio que tiene el individuo de su primera lengua o lengua materna, además del de la segunda lengua (en este ejemplo, el inglés). La evaluación debería considerar también el contexto lingüístico y cultural en el que vive el individuo, además de su historia educativa y de aprendizaje en la cultura y la lengua originales.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno específico del aprendizaje es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino (las proporciones varían entre aproximadamente 2:1 a 3:1) y no puede atribuirse a factores como los sesgos de evaluación, las variaciones en la definición o las diferencias de medidas, lengua, raza o nivel socioeconómico.

Consecuencias funcionales del trastorno específico del aprendizaje

El trastorno específico del aprendizaje puede tener consecuencias funcionales negativas durante toda la vida, como logros académicos bajos, tasas más altas de abandono de la escuela secundaria, bajos porcentajes de educación secundaria, altos niveles de malestar psicológico y problemas de salud mental general, tasas más altas de desempleo o infraempleo e ingresos más bajos. El abandono escolar y los síntomas depresivos concurrentes aumentan el riesgo de padecer problemas de salud mental, incluido el riesgo de suicidio, mientras que unos niveles altos de apoyo social o emocional predicen mejores resultados de salud mental.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales en los logros académicos. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las variaciones normales en los logros académicos debidas a factores externos (p. ej., falta de oportunidades educativas, enseñanza sistemáticamente mala, aprendizaje en una segunda lengua) en que las dificultades de aprendizaje persisten en presencia de las oportunidades educativas adecuadas, de una exposición a la misma formación que el grupo de compañeros, y de la competencia en la lengua académica, incluso si difiere de la lengua principal de uno.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual). El trastorno específico del aprendizaje difiere de las dificultades de aprendizaje generales asociadas a la discapacidad intelectual porque las dificultades se producen en presencia de niveles normales de funcionamiento intelectual (es decir, una puntuación del CI de, al menos, 70 ± 5). Si existe una discapacidad intelectual, el trastorno específico del aprendizaje solamente se puede diagnosticar cuando las dificultades de aprendizaje superan las que normalmente se asocian a la discapacidad intelectual.

Dificultades de aprendizaje debidas a trastornos neurológicos o sensoriales. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las dificultades de aprendizaje debidas a trastornos neurológicos o sensoriales (p. ej., ictus infantil, lesión cerebral traumática, discapacidad auditiva, discapacidad visual) porque en estos casos hay hallazgos anormales en la exploración neurológica.

Trastornos neurocognitivos. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de los problemas de aprendizaje asociados a trastornos cognitivos neurodegenerativos porque, en el trastorno específico del aprendizaje, la expresión clínica de las dificultades específicas se produce durante el período de desarrollo y no se manifiestan como un empeoramiento marcado de un estado anterior.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno específico del aprendizaje se distingue del rendimiento académico bajo asociado al TDAH porque, en esta última afección, los problemas pueden no reflejar necesariamente dificultades específicas para aprender aptitudes académicas, sino dificultades para utilizar esas aptitudes. Sin embargo, la concurrencia del trastorno específico del aprendizaje y el TDAH es más frecuente de lo esperado por efecto del azar. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se pueden dar los dos diagnósticos.

Trastornos psicóticos. El trastorno específico del aprendizaje se distingue de las dificultades académicas y del procesamiento cognitivo asociadas a la esquizofrenia o a la psicosis porque en estos trastornos hay una pérdida (muchas veces rápida) de estos dominios funcionales.

Comorbilidad

El trastorno específico del aprendizaje concurre frecuentemente con trastornos del neurodesarrollo (p. ej., TDAH, trastornos de la comunicación, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno del espectro autista) u otros trastornos mentales (p. ej., trastornos de ansiedad, trastornos depresivo y bipolar). Esta comorbilidad no excluye necesariamente el diagnóstico de trastorno específico del aprendizaje, pero sí puede dificultar la realización de pruebas y el diagnóstico diferencial, porque cada uno de los trastornos concurrentes interfiere independientemente en la realización de las actividades cotidianas, incluido el aprendizaje. Por tanto, es necesaria la valoración clínica para atribuir tales deterioros a las dificultades de aprendizaje. Si hay alguna indicación de que otro diagnóstico pudiera explicar las dificultades para aprender las aptitudes académicas esenciales que se describen en el Criterio A, no se debería diagnosticar el trastorno específico del aprendizaje.

Trastornos motores

Trastorno del desarrollo de la coordinación

Criterios diagnósticos 315.4 (F82)

A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., dejar caer o chocar con objetos), así como lentitud e imprecisión en la realización de habilidades motoras (p. ej., coger un objeto, utilizar las tijeras o los cubiertos, escribir a mano, montar en bicicleta o participar en deportes).
B. El déficit de actividades motoras del Criterio A interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica (p. ej., el cuidado y mantenimiento de uno mismo) y afecta a la productividad académica/escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.
C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo.
D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o deterioros visuales, y no se pueden atribuir a una afección neurológica que altera el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno del desarrollo de la coordinación se hace mediante la síntesis clínica de los antecedentes (del desarrollo y médico), la exploración física, los informes académicos o laborales y la evaluación individual mediante pruebas normalizadas psicométricamente válidas y culturalmente apropiadas. La manifestación del deterioro de las aptitudes que requieren coordinación motora

<= Ir a la Clasificación

(Criterio A) varía con la edad. Los niños pequeños pueden tener retrasos para alcanzar los hitos motores (p. ej., sentarse, gatear, caminar), aunque muchos logran los hitos motores normales. También pueden tener retrasos para desarrollar habilidades tales como utilizar escaleras, pedalear, abrocharse la camisa, acabar rompecabezas y usar cremalleras. Incluso cuando se logra la habilidad, la ejecución del movimiento puede parecer torpe, lenta, o menos precisa que en otros niños de la misma edad. Los niños mayores y los adultos pueden presentar lentitud o imprecisión en los aspectos motores de actividades como hacer rompecabezas, construir maquetas, participar en juegos deportivos (particularmente en equipo), escribir a mano o a máquina, conducir u ocuparse del autocuidado.

El trastorno del desarrollo de la coordinación se diagnostica solamente si el deterioro de las habilidades motoras interfiere significativamente con el rendimiento o la participación en las actividades cotidianas de la vida familiar, social, escolar o comunitaria (Criterio B). Ejemplos de estas actividades son vestirse, comer con los cubiertos apropiados para la edad y sin ensuciar excesivamente, participar en juegos físicos con otros, utilizar herramientas específicas en clase, como reglas y tijeras, y participar en actividades físicas de equipo en el colegio. No solamente está deteriorada la capacidad de realizar estas actividades, sino que también es frecuente una lentitud pronunciada en la ejecución. La competencia para escribir a mano está frecuentemente afectada y, por consiguiente, se alteran la legibilidad y la velocidad de escritura, y se afectan los logros académicos (el impacto se distingue de la dificultad específica del aprendizaje por el énfasis en el componente motor de las habilidades para la expresión escrita). En los adultos, los problemas de coordinación afectan a las actividades cotidianas de naturaleza académica o laboral, especialmente a aquellas que requieren velocidad y precisión.

El Criterio C explica que el comienzo de los síntomas del trastorno del desarrollo de la coordinación debe producirse en las primeras fases del período de desarrollo. Sin embargo, el trastorno del desarrollo de la coordinación no se diagnostica normalmente antes de los 5 años de edad porque existe una variación considerable en la edad a la que se adquieren muchas habilidades motoras, por la inestabilidad de las mediciones en la primera infancia (p. ej., algunos niños alcanzan después un nivel normal) o debido a que otras causas de retraso motor podrían no haberse manifestado aún.

El Criterio D especifica que el diagnóstico del trastorno del desarrollo de la coordinación se hace si los problemas de coordinación no se explican mejor por un deterioro visual o atribuible a una afección neurológica. Así pues, se deben incluir la evaluación de la función visual y la exploración neurológica en la evaluación diagnóstica. Si existe discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), las dificultades motoras superan las esperables en función de la edad mental; sin embargo, no se especifica ningún umbral de CI o criterio de discrepancia.

El trastorno del desarrollo de la coordinación no tiene subtipos; sin embargo, los individuos pueden tener un deterioro predominante en las habilidades motoras gruesas o en las habilidades motoras finas, como la habilidad de escribir a mano.

Otros términos utilizados para describir el trastorno del desarrollo de la coordinación son: *dispraxia infantil*, *trastorno específico del desarrollo de la función motora* y *síndrome del niño torpe*.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Algunos niños con trastorno del desarrollo de la coordinación muestran actividades motoras añadidas (normalmente suprimidas) como movimientos coreiformes de las extremidades no apoyadas o movimientos en espejo. Estos movimientos de "desbordamiento" se consideran *inmadureces del neurodesarrollo* o *signos neurológicos menores*, más que anomalías neurológicas. Tanto en la bibliografía actual como en la práctica clínica, su papel en el diagnóstico no está todavía claro y requiere más evaluación.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno del desarrollo de la coordinación en los niños de 5 a 11 años de edad es del 5–6 % (en los niños de 7 años, el 1,8 % está diagnosticado de un trastorno del desarrollo de la coordinación grave, y el 3 % de trastorno del desarrollo de la coordinación probable). El sexo masculino está más afectado que el femenino, con una proporción masculino:femenino de entre 2:1 y 7:1.

Desarrollo y curso

El curso del trastorno del desarrollo de la coordinación es variable pero estable hasta, al menos, el primer año de seguimiento. Aunque puede haber mejorías a largo plazo, se calcula que los problemas

de los movimientos coordinados continúan durante la adolescencia en el 50–70 % de los niños. El comienzo se produce en la primera infancia. Los hitos motores retrasados pueden ser los primeros signos o se identifica el trastorno por primera vez cuando el niño intenta sujetar un cuchillo y un tenedor, abrocharse la ropa o jugar con pelotas. En la infancia media existen dificultades motoras para hacer rompecabezas, construir maquetas, jugar a la pelota, escribir a mano y organizar las propias pertenencias siempre que se requiera secuenciación y coordinación motora. En los primeros años de la vida adulta sigue habiendo dificultades para aprender nuevas tareas que requieran habilidades motoras complejas/automáticas, como conducir y utilizar herramientas. La incapacidad de tomar apuntes o de escribir a mano con rapidez puede afectar al rendimiento en el trabajo. La concurrencia con otros trastornos (véase la sección "Comorbilidad" para este trastorno) repercute también en la presentación, el curso y el resultado.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El trastorno del desarrollo de la coordinación es más frecuente después de la exposición prenatal al alcohol, en los niños prematuros y en los que tienen bajo peso al nacer.

Genético y fisiológico. Se han hallado deterioros en los procesos subyacentes del neurodesarrollo –particularmente en las habilidades visomotoras, tanto en la percepción visomotora como en la mentalización espacial–, que afectan a la capacidad de realizar adaptaciones motoras rápidas cuando aumenta la complejidad de los movimientos requeridos. Se ha propuesto la existencia de una disfunción cerebelosa, pero todavía no está clara la base neural del trastorno del desarrollo de la coordinación. Debido a la concurrencia entre el trastorno del desarrollo de la coordinación y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), las discapacidades del aprendizaje específico y el trastorno del espectro autista, se ha propuesto la existencia de un efecto genético compartido. Sin embargo, la concurrencia sistemática entre gemelos se observa solamente en los casos graves.

Modificadores del curso. Los individuos con TDAH y trastorno del desarrollo de la coordinación presentan un mayor deterioro que los individuos con trastorno del desarrollo de la coordinación sin TDAH.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno del desarrollo de la coordinación ocurre en todas las culturas, razas y niveles socioeconómicos. Por definición, "las actividades de la vida cotidiana" implican diferencias culturales, siendo necesario tener en cuenta el contexto en que vive cada niño y si ha tenido las oportunidades apropiadas para aprender y practicar tales actividades.

Consecuencias funcionales del trastorno del desarrollo de la coordinación

El trastorno del desarrollo de la coordinación conlleva un deterioro funcional en las actividades de la vida cotidiana (Criterio B), aumentando dicho deterioro con las afecciones concurrentes. Entre las consecuencias del trastorno del desarrollo de la coordinación cabe citar una menor participación en los juegos y deportes de equipo, niveles bajos de autoestima y autovaloración, problemas emocionales o conductuales, deterioro de los logros académicos, mala salud física, poca actividad física y obesidad.

Diagnóstico diferencial

Deterioros motores debidos a otra afección médica. Los problemas de la coordinación pueden asociarse a un deterioro de la función visual y a trastornos neurológicos específicos (p. ej., parálisis cerebral, lesiones progresivas del cerebelo, trastornos neuromusculares). En tales casos, se encuentran hallazgos adicionales en la exploración neurológica.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual). Si está presente la discapacidad intelectual, las competencias motoras pueden estar deterioradas según el nivel de discapacidad inte-

lectual. Sin embargo, si las dificultades motoras excedieran las que se podrían atribuir a la discapacidad intelectual, y se cumplen los criterios del trastorno del desarrollo de la coordinación, se podría diagnosticar también dicho trastorno del desarrollo de la coordinación.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Los individuos con TDAH pueden caerse, chocar con objetos o tirar cosas. Se requiere una observación cuidadosa en los diferentes contextos para averiguar si la falta de competencia motora se puede atribuir a una tendencia a la distraibilidad y la impulsividad y no a un trastorno del desarrollo de la coordinación. Si se cumplen los criterios del TDAH y del trastorno del desarrollo de la coordinación, se pueden realizar los dos diagnósticos.

Trastorno del espectro autista. Los individuos con trastorno del espectro autista podrían no estar interesados en participar en tareas que requieran habilidades de coordinación complejas, como los juegos de pelota, lo que afectará a los resultados de los exámenes y al funcionamiento, pero sin ser reflejo de la competencia motora central. La concurrencia del trastorno del desarrollo de la coordinación y del trastorno del espectro autista es frecuente. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se pueden hacer los dos diagnósticos.

Síndrome de hiperlaxitud articular. Los individuos con síndromes que cursan con articulaciones hiperextensibles (hallado en la evaluación física, muchas veces con síntomas de dolor) pueden presentar síntomas similares a los del trastorno del desarrollo de la coordinación.

Comorbilidad

Los trastornos que frecuentemente concurren con el trastorno del desarrollo de la coordinación son el trastorno fonológico y del lenguaje, el trastorno específico del aprendizaje (especialmente, lectura y expresión escrita), los problemas de inatención, incluido el TDAH (la afección concurrente más frecuente, con una concurrencia de aproximadamente el 50 %), el trastorno del espectro autista, los problemas conductuales disruptivos y emocionales, y el síndrome de hiperlaxitud articular. Se pueden presentar diferentes grupos de concurrencia (p. ej., un grupo con trastornos graves de lectura, problemas motores finos y problemas para escribir a mano; otro grupo con deterioro del control de los movimientos y de la planificación motora). La presencia de otros trastornos no excluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, pero puede dificultar las evaluaciones e interferir de forma independiente en la realización de actividades de la vida cotidiana, por lo que se requerirá la valoración del examinador para atribuir el deterioro a las habilidades motoras.

Trastorno de movimientos estereotipados

Criterios diagnósticos 307.3 (F98.4)

A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).
B. El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.
C. Comienza en las primeras fases del período de desarrollo.
D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del neurodesarrollo o mental (p. ej., tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

Con comportamiento autolesivo (o comportamiento que derivaría en lesión si no se emplearan medidas preventivas).

Sin comportamiento autolesivo

Especificar si:

Asociado a una afección médica o genética, a un trastorno del neurodesarrollo o a un factor ambiental conocidos (p. ej., síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], exposición intrauterina al alcohol).

Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética, o trastorno del neurodesarrollo asociado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas desaparecen fácilmente mediante estímulo sensorial o distracción.

Moderado: Los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.

Grave: Se necesita vigilancia continua y medidas de protección para prevenir lesiones graves.

Procedimientos de registro

En el trastorno de movimientos estereotipados asociado a una afección médica o genética, a un trastorno del neurodesarrollo o a un factor ambiental conocido, se registrará el trastorno de movimientos estereotipados "asociado a" (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno de movimientos estereotipados asociado a síndrome de Lesch-Nyhan).

Especificadores

La gravedad de los movimientos estereotipados no autolesivos varía entre presentaciones leves, que desaparecen con un estímulo sensorial o una distracción, y movimientos continuos que interfieren de forma marcada en todas las actividades de la vida cotidiana. Los comportamientos autolesivos varían en gravedad en diferentes dimensiones, como la frecuencia, el impacto sobre el funcionamiento adaptativo y la gravedad de las lesiones corporales (desde hematomas leves o eritemas por golpes de la mano contra el cuerpo, pasando por laceraciones o amputación de los dedos, hasta el desprendimiento de retina por golpes en la cabeza).

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno de movimientos estereotipados es el comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (Criterio A). Estos movimientos muchas veces son movimientos rítmicos de la cabeza, de las manos o del cuerpo sin función adaptativa obvia. Estos movimientos pueden o no responder a los esfuerzos para pararlos. En los niños con desarrollo normal, los movimientos se pueden parar cuando se les dirige la atención o cuando se distrae al niño para que no los haga. Entre los niños con trastornos del neurodesarrollo, los comportamientos normalmente responden menos a tales intentos. En otros casos, el individuo muestra comportamientos de autocontrol (p. ej., sentarse encima de las manos, envolver los brazos en ropa, encontrar un dispositivo protector).

El repertorio de comportamientos es variable; cada individuo presenta su comportamiento particular y "firmado". Entre los ejemplos de movimientos estereotipados no autolesivos se incluyen, entre otros, mecer el cuerpo, el aleteo bilateral o movimientos rotativos de las manos, los movimientos rápidos de los dedos delante de la cara, agitar o aletear los brazos y asentir con la cabeza. Los comportamientos estereotipados autolesivos son, entre otros, los golpes repetitivos en la cabeza, abofetearse la cara, meterse los dedos en el ojo y morderse las manos, los labios u otras partes del cuerpo. Meterse los dedos en los ojos es particularmente preocupante; ocurre más frecuentemente entre los niños con deterioro visual. Se pueden combinar múltiples movimientos (p. ej., ladear la cabeza, mecer el torso, agitar una pequeña cuerda delante de la cara de forma repetitiva).

Los movimientos estereotipados se pueden producir muchas veces durante el día, durando de pocos segundos a varios minutos o más tiempo. La frecuencia puede variar desde muchas veces durante un solo día hasta que pasen varias semanas entre episodios. Los comportamientos varían según el contexto, produciéndose cuando el individuo está absorto en otras actividades o cuando está emocionado, estresado, fatigado o aburrido. El Criterio A requiere que los movimientos carezcan "aparentemente" de objetivo. Sin embargo, los movimientos pueden tener alguna utilidad. Por ejemplo, los movimientos estereotipados pueden reducir la ansiedad en respuesta a los factores estresantes externos.

El Criterio B establece que los movimientos estereotipados interfieren en las actividades sociales, académicas o de otro tipo y, en algunos niños pequeños, pueden dar lugar a una autolesión (en caso de no adoptar medidas protectoras). Si existe una autolesión, debería ser codificada utilizando el especifi-

cador correspondiente. El comienzo de los movimientos estereotipados se da en las primeras fases del período de desarrollo (Criterio C). El criterio D establece que el comportamiento repetitivo y estereotipado en el trastorno de movimientos estereotipados no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se puede explicar mejor por otro trastorno del neurodesarrollo o mental. La presencia de movimientos estereotipados puede indicar un problema del neurodesarrollo no detectado, especialmente en los niños de 1 a 3 años de edad.

Prevalencia

Los movimientos estereotipados simples (p. ej., mecerse) son frecuentes en los niños pequeños con desarrollo normal. Los movimientos estereotipados complejos son mucho menos comunes (produciéndose en aproximadamente un 3–4 %). Entre el 4 % y el 16 % de los individuos con discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) presenta estereotipias y autolesiones. El riesgo es mayor en los individuos con discapacidad intelectual grave. Entre los individuos con discapacidad intelectual, que viven en residencias, el 10–15 % puede tener un trastorno de movimientos estereotipados con autolesiones.

Desarrollo y curso

Los movimientos estereotipados comienzan normalmente en los primeros 3 años de vida. Los movimientos estereotipados simples son frecuentes en la infancia y pueden estar implicados en la adquisición del dominio motor. Entre los niños que desarrollan estereotipias motoras complejas, aproximadamente el 80 % muestra síntomas antes de los 24 meses de edad, el 12 % entre los 24 y los 35 meses, y el 8 % a los 36 meses o más tarde. En la mayoría de los niños con desarrollo normal, estos movimientos se resuelven con el tiempo o se pueden suprimir. El comienzo de las estereotipias motoras complejas puede producirse en la infancia o más tarde durante el período de desarrollo. Entre los individuos con discapacidad intelectual, los comportamientos estereotipados y autolesivos pueden persistir durante años, aunque la tipografía o el patrón de las autolesiones puede cambiar.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambiental. El aislamiento social es un factor de riesgo para la autoestimulación que puede progresar hasta los movimientos estereotipados con autolesiones repetitivas. El estrés ambiental también puede desencadenar comportamientos estereotipados. El miedo puede cambiar el estado fisiológico y dar lugar a un aumento en la frecuencia de los comportamientos estereotipados.

Genético y fisiológico. El funcionamiento cognitivo bajo está vinculado a un mayor riesgo de comportamientos estereotipados y a una peor respuesta a las intervenciones. Los movimientos estereotipados son más frecuentes entre los individuos con discapacidad intelectual de moderada a grave/profunda, que debido a un determinado síndrome particular (p. ej., síndrome de Rett) o a un factor ambiental (p. ej., un entorno con estimulación relativamente insuficiente) parecen tener mayor riesgo de estereotipias. El comportamiento autolesivo y repetitivo puede ser un fenotipo conductual en los síndromes neurogenéticos. Por ejemplo, en el síndrome Lesch–Nyhan hay movimientos distónicos estereotipados junto con automutilación de los dedos, mordedura de los labios y otras formas de autolesión –a no ser que se contenga al individuo–, y en el síndrome de Rett y el síndrome de Cornelia de Lange, la autolesión puede producirse por las estereotipias mano-boca. Los comportamientos estereotipados pueden producirse por una afección médica dolorosa (p. ej., infección del oído medio, problemas dentales, reflujo gastroesofágico).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno de movimientos estereotipados, con o sin autolesión, se produce en todas las razas y culturas. Las actitudes culturales hacia los comportamientos inusuales pueden provocar que el diagnóstico sea tardío. La tolerancia general y las actitudes hacia los movimientos estereotipados varían de una cultura a otra y se deberían tener en cuenta.

Diagnóstico diferencial

Desarrollo normal. Los movimientos simples estereotipados son comunes en la lactancia y en la primera infancia. El acto de mecerse puede producirse en la transición entre el sueño y la vigilia y es

un comportamiento que normalmente se resuelve con la edad. Las estereotipias complejas son menos frecuentes en los niños con desarrollo normal y desaparecen fácilmente con la distracción o la estimulación sensorial. La rutina cotidiana del individuo rara vez se afecta y los movimientos generalmente no causan malestar. El diagnóstico no sería apropiado en estas circunstancias.

Trastorno del espectro autista. Los movimientos estereotipados pueden ser un síntoma de presentación del trastorno del espectro autista, que se debería considerar cuando se evalúan movimientos y comportamientos repetitivos. Las deficiencias de la comunicación social y la reciprocidad, que se manifiestan en el trastorno del espectro autista, generalmente están ausentes en el trastorno de movimientos estereotipados y, por lo tanto, son características distintivas la interacción social, la comunicación social y los comportamientos e intereses repetitivos rígidos. En presencia de un trastorno del espectro autista, solamente se diagnosticará el trastorno de movimientos estereotipados cuando haya autolesiones o cuando los comportamientos estereotipados sean lo suficientemente graves como para ser objeto de tratamiento.

Trastornos de tics. Típicamente, las estereotipias tienen una edad de comienzo más temprana (antes de los 3 años) que los tics, que tienen una media de edad de comienzo de 5–7 años. Tienen un patrón consistente y fijo comparado con los tics, que tienen una presentación variable. Las estereotipias pueden comprometer los brazos, las manos o el cuerpo entero, mientas que los tics normalmente afectan a los ojos, la cara, la cabeza y los hombros. Las estereotipias son más fijas, rítmicas y prolongadas que los tics, que generalmente son breves, rápidos, aleatorios y fluctuantes. Tanto los tics como los movimientos estereotipados se reducen con la distracción.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. El trastorno de movimientos estereotipados se distingue del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) por la ausencia de obsesiones y por la naturaleza de los movimientos repetitivos. En el TOC, el individuo se siente impulsado a realizar comportamientos repetitivos en respuesta a una obsesión o siguiendo unas reglas que se tienen que aplicar rígidamente, mientras que en el trastorno de movimientos estereotipados los comportamientos parecen ser intencionados pero sin objetivo. La tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello) y la excoriación (dañarse la piel) son trastornos caracterizados por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo (p. ej., arrancarse y dañarse la piel) que pueden parecer intencionados, pero que no son aparentemente sin objetivo, y que pueden no ser rítmicos ni seguir un patrón. Además, el comienzo del trastorno de tricotilomanía y excoriación normalmente no se produce en el período de desarrollo temprano, sino durante la pubertad o más tarde.

Otras afecciones neurológicas y médicas. El diagnóstico de movimientos estereotipados requiere la exclusión de hábitos, manierismos, discinesias paroxísticas y corea hereditaria benigna. Son necesarias la historia y la exploración neurológicas para identificar características indicativas de otros trastornos, como las mioclonías, la distonía, los tics y la corea. Los movimientos involuntarios asociados a una afección neurológica se pueden distinguir por sus signos y síntomas. Por ejemplo, los movimientos repetitivos y estereotipados en la discinesia tardía pueden distinguirse por los antecedentes de un uso crónico de neurolépticos y la característica discinesia oral o facial, o por los movimientos irregulares del torso o de las extremidades. Estos tipos de movimientos no dan lugar a una autolesión. El diagnóstico de trastorno de movimientos estereotipados no es correcto cuando se produce un rascado o arañado repetitivo de la piel que está asociado a una intoxicación o al abuso de anfetaminas (p. ej., los pacientes que se diagnostican de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno relacionado inducido por sustancias/medicación), ni cuando se observan movimientos coreoatetósicos repetitivos asociados a otros trastornos neurológicos.

Comorbilidad

El trastorno de movimientos estereotipados puede producirse como un diagnóstico primario o secundario a otro trastorno. Por ejemplo, las estereotipias son una manifestación común de varios trastornos neurogenéticos, como el síndrome de Lesch-Nyhan, el síndrome de Rett, el síndrome del X frágil, el síndrome de Cornelia de Lange y el síndrome de Smith-Magenis. Cuando los movimientos estereotipados coexisten con otra afección médica, deberían codificarse los dos trastornos.

Trastornos de tics

Criterios diagnósticos

Nota: Un tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente y no rítmico.

Trastorno de la Tourette 307.23 (F95.2)

A. Los tics motores múltiples y uno o más tics vocales han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma concurrente.
B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia, pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
C. Comienza antes de los 18 años.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posvírica).

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) 307.22 (F95.1)

A. Los tics motores o vocales únicos o múltiples han estado presentes durante la enfermedad, pero no ambos a la vez.
B. Los tics pueden aparecer intermitentemente en frecuencia, pero persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic.
C. Comienza antes de los 18 años.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posvírica).
E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette.

Especificar si:
Sólo con tics motores
Sólo con tics vocales

Trastorno de tics transitorio 307.21 (F95.0)

A. Tics motores y/o vocales únicos o múltiples.
B. Los tics han estado presentes durante menos de un año desde la aparición del primer tic.
C. Comienza antes de los 18 años.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) o a otra afección médica (p. ej., enfermedad de Huntington, encefalitis posvírica).
E. Nunca se han cumplido los criterios de trastorno de la Tourette o de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).

Especificadores

El especificador "sólo con tics motores" o "sólo con tics vocales" es necesario solamente para el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico).

Características diagnósticas

Los trastornos de tics constan de cuatro categorías diagnósticas: el trastorno de la Tourette, el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico), el trastorno de tics transitorio y los otros trastornos de tics especificados y no especificados. El diagnóstico de cualquier trastorno de tics se basa en la presencia de tics motores o vocales (Criterio A), en la duración de los síntomas de los tics (Criterio B), en la edad de comienzo (Criterio C) y en la ausencia de cualquier causa conocida, como otra afección médica o el uso de sustancias (Criterio D). Los trastornos de tics siguen un orden jerárquico (es decir, el trastorno de la Tourette, seguido por el trastorno de tics motores o vocales persistente [crónico], seguido por el trastorno de tics transitorio, seguido por

<= Ir a la Clasificación

los otros trastornos de tics especificados y no especificados) de tal forma que, una vez que se ha diagnosticado un trastorno de tics en un nivel de la jerarquía, no se puede hacer otro diagnóstico situado por debajo de él (Criterio E).

Los tics son movimientos o vocalizaciones súbitos, rápidos, recurrentes y no rítmicos. Un individuo puede tener varios tics a lo largo del tiempo pero, en cualquier momento, el repertorio de tics puede recurrir de manera característica. Aunque los tics pueden involucrar casi cualquier grupo de músculos o vocalización, ciertos tics, como parpadear los ojos o carraspear, son frecuentes en todas las poblaciones de pacientes. Los tics generalmente se experimentan como involuntarios, pero se pueden suprimir voluntariamente durante diferentes períodos de tiempo.

Los tics pueden ser simples o complejos. Los *tics motores simples* son de duración corta (es decir, milisegundos) y pueden incluir el parpadeo de los ojos, encogimiento de hombros y la extensión de las extremidades. Los tics vocales simples consisten en carraspear, olfatear y gruñir, muchas veces por la contracción del diafragma o de los músculos de la orofaringe. Los *tics motores complejos* tienen una duración más larga (es decir, segundos) y muchas veces consisten en combinaciones de tics simples, como girar la cabeza y encoger los hombros simultáneamente. Los tics complejos pueden parecer intencionados, como los gestos sexuales u obscenos (*copropraxia*), o las imitaciones de los movimientos de otro (*ecopraxia*). Además, los tics vocales complejos consisten en repetir los sonidos o palabras de uno mismo (*palilalia*), repetir la última palabra o frase que se haya escuchado (*ecolalia*) o decir palabras socialmente inaceptables, como obscenidades o insultos étnicos, raciales o religiosos (*coprolalia*). Es importante señalar que la coprolalia es algo que se expresa como un ladrido o un gruñido abrupto, y que carece de la prosodia del habla inapropiada similar que se observa en las interacciones humanas.

La presencia de tics motores y/o vocales varía entre los cuatro trastornos de tics (Criterio A). En el síndrome de la Tourette deben estar presentes tanto tics motores como tics vocales, mientras que en el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) se van a presentar sólo tics motores o tics vocales. En el trastorno de tics transitorio se pueden presentar tics motores y/o vocales. En los otros trastornos de tics especificados o no especificados, el tic es la mejor forma de caracterizar el trastorno del movimiento, pero se trata de tics atípicos en su presentación o edad del comienzo, o que tienen una etiología conocida.

El criterio de duración mínima de un año (Criterio B) garantiza que los individuos diagnosticados de síndrome de la Tourette o trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) han tenido síntomas persistentes. La gravedad de los tics fluctúa y algunos individuos pueden pasar de semanas a meses sin tics; sin embargo, en un individuo que ha tenido síntomas de tics durante más de 1 año desde el comienzo del primer tic se consideraría que tiene síntomas persistentes a pesar de la duración de los períodos libres de tics. Para un individuo con tics motores y/o vocales de menos de 1 año desde el comienzo del primer tic, se puede considerar el diagnóstico de trastorno de tics transitorio. No hay una duración concreta para los otros trastornos de tics especificados y no especificados. El comienzo de los tics debe producirse antes de los 18 años de edad (Criterio C). Los trastornos de tics normalmente empiezan en el período prepuberal, con una media de edad de inicio entre los 4 y los 6 años, y con una incidencia de nuevos trastornos de tics que es más baja en la adolescencia. Es muy raro que aparezcan los síntomas de tics en la edad adulta y frecuentemente se asocian a la exposición a drogas (p. ej., el uso excesivo de cocaína) o son el resultado de daños en el sistema nervioso central (p. ej., una encefalitis posvírica). Aunque el comienzo de los tics es poco común en los adolescentes y en los adultos, no es infrecuente que éstos acudan para una evaluación diagnóstica inicial y que, cuando se les evalúa cuidadosamente, expliquen una historia de síntomas más leves que empezaron en la infancia. La aparición de movimientos anormales indicativos de tics fuera del intervalo de edad usual debería conducir a una evaluación en busca de otros trastornos del movimiento o de otras etiologías específicas.

Los síntomas de tics no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica (Criterio D). Cuando hay datos importantes en la historia, la exploración física o los resultados de laboratorio que sugieren una causa creíble, próxima y probable para el trastorno de tics, se debería usar el diagnóstico de "otro trastorno de tics especificado".

Si previamente se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de la Tourette, esto niega la posibilidad de diagnosticar un trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) (Criterio E). Del mismo modo, un diagnóstico previo de trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) impide el diagnóstico de trastorno de tics transitorio o de trastorno de tics especificado o no especificado (Criterio E).

Prevalencia

Los tics son frecuentes en la infancia, aunque transitorios en la mayoría de los casos. La prevalencia estimada del trastorno de la Tourette varía entre el 3 y el 8 por 1000 en los niños de edad escolar. El sexo masculino se afecta con más frecuencia que el femenino, en una proporción que varía de 2:1 a 4:1. Una encuesta nacional en Estados Unidos estimó la prevalencia de los casos identificados clínicamente en el 3 por 1000. La frecuencia de los casos identificados era más baja entre los afroamericanos y los hispanoamericanos, lo que podría deberse a diferencias en el acceso a la asistencia médica.

Desarrollo y curso

El comienzo de los tics se produce típicamente entre los 4 y 6 años de edad. La mayor gravedad se encuentra entre los 10 y 12 años, con una disminución de la gravedad durante la adolescencia. Muchos adultos con trastornos de tics presentan síntomas disminuidos. Un pequeño porcentaje de individuos tendrán síntomas persistentemente graves o empeorarán durante la vida adulta.

Los síntomas de tics se manifiestan de forma similar en todos los grupos de edad y durante toda la vida. La gravedad de los tics fluctúa y los grupos musculares afectados y las vocalizaciones cambian con el tiempo. Cuando los niños se hacen mayores empiezan a explicar que sus tics van asociados a un impulso premonitorio –una sensación somática que precede al tic– y a una sensación de reducción de la tensión después de la expresión del tic. Los tics asociados a un impulso premonitorio pueden experimentarse como algo que no es completamente "involuntario" en el sentido de que el impulso y el tic se pueden resistir. El individuo puede también sentir la necesidad de realizar un tic de determinada forma o de repetirlo hasta lograr la sensación de que el tic se ha realizado "correctamente".

La vulnerabilidad para desarrollar afecciones concurrentes cambia al pasar los individuos por la edad de riesgo para varias afecciones concurrentes. Por ejemplo, los niños prepúberes con trastornos de tics tienen más posibilidades de presentar un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y un trastorno de ansiedad por separación que los adolescentes y los adultos, quienes tienen más posibilidades de experimentar la aparición de un trastorno de depresión mayor, de un trastorno por consumo de sustancias o de un trastorno bipolar.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los tics empeoran con la ansiedad, la emoción y el cansancio, y mejoran durante las actividades tranquilas y con propósito. Los individuos pueden tener menos tics cuando están ocupados con deberes escolares o en tareas laborales que cuando se relajan en casa después del colegio o por la tarde. Los acontecimientos estresantes/emocionantes (p. ej., hacer un examen, participar en actividades emocionantes) a menudo empeoran los tics.

Ambiental. Cuando un individuo con trastorno de tics percibe un gesto o un sonido de otra persona, puede hacer un gesto o sonido similar que los demás pueden creer incorrectamente que es a propósito. Esto puede ser un problema, particularmente cuando el individuo está interactuando con figuras de autoridad (p. ej., profesores, supervisores, policías).

Genético y fisiológico. Los factores genéticos y ambientales influyen en la expresión y la gravedad de los síntomas de tics. Se han identificado importantes alelos de riesgo para el trastorno de la Tourette y variantes genéticas raras en las familias con trastornos de tics. Las complicaciones obstétricas, la mayor edad paternal, el bajo peso al nacer y una madre fumadora durante el embarazo se asocian a una mayor gravedad de los tics.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los trastornos de tics no parecen variar en sus características clínicas, curso o etiología dependiendo de la raza, la etnia y la cultura. Sin embargo, la raza, la etnia y la cultura pueden influir en cómo se perciben y manejan los trastornos de tics en la familia y en la comunidad, además de condicionar los patrones de búsqueda de ayuda y elección de tratamiento.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El sexo masculino se afecta más frecuentemente que el femenino, pero no hay diferencias de género en cuanto tipos de tics, edad de comienzo o curso. Las mujeres con trastornos de tics persistentes suelen tener más probabilidad de presentar ansiedad y depresión.

Consecuencias funcionales del trastorno de tics

Muchos individuos con tics de gravedad leve a moderada no presentan malestar ni deterioro en el funcionamiento e incluso pueden no darse cuenta de sus tics. Los individuos con síntomas más graves generalmente tienen mayor deterioro en la vida cotidiana, pero aun los individuos con trastornos de tics moderados o graves pueden funcionar bien. La presencia de una afección concurrente, como el TDAH o el TOC, puede afectar más al funcionamiento. Menos frecuentemente, los tics pueden alterar el funcionamiento en las actividades de la vida cotidiana y llevar al aislamiento social, un conflicto interpersonal, la victimización por los compañeros, una incapacidad para trabajar o ir a la escuela y una peor calidad de vida. El individuo también puede presentar un malestar psicológico considerable. Entre las complicaciones raras del trastorno de la Tourette se incluyen las lesiones físicas, como lesiones oculares (de darse golpes en la cara) y lesiones ortopédicas y neurológicas (p. ej., enfermedad del disco relacionada con movimientos fuertes de cabeza y cuello).

Diagnóstico diferencial

Movimientos anormales que pueden acompañar a otras afecciones médicas y el trastorno de movimientos estereotipados. Las *estereotipias motoras* se definen como movimientos involuntarios rítmicos, repetitivos y predecibles que parecen ser a propósito pero que no tienen ninguna función adaptativa obvia ni finalidad y que se detienen con la distracción. Entre los ejemplos cabe citar los movimientos repetitivos, como agitar/rotar la mano, aletear los brazos y mover los dedos. Las estereotipias motoras pueden diferenciarse de los tics por la edad de comienzo más temprana de las primeras (antes de los 3 años), por su duración prolongada (de segundos a minutos), por su forma y localización fija, repetitiva y constante, por su exacerbación cuando la persona está absorta en actividades, por la falta de impulso premonitorio y por su cese con la distracción (p. ej., al llamar por su nombre o tocar a la persona afectada). La *corea* implica acciones rápidas, aleatorias, continuas, abruptas, irregulares, impredecibles y no estereotipadas que, normalmente, son bilaterales y afectan a todas las partes del cuerpo (es decir, la cara, el torso, las extremidades). El ritmo, la dirección y la distribución de los movimientos varían de un momento a otro, y los movimientos normalmente empeoran durante los intentos de acción voluntaria. Una *distonía* es una contractura sostenida y simultánea de músculos agonistas y antagonistas que da lugar a una postura distorsionada o a movimientos distorsionados de partes del cuerpo. Las posturas distónicas a menudo están desencadenadas por intentos de realizar movimientos voluntarios y no se observan durante el sueño.

Discinesias paroxísticas inducidas por sustancias. Las discinesias paroxísticas normalmente se producen como movimientos distónicos o coreoatetósicos que están precipitados por un movimiento voluntario o un esfuerzo, y que se producen menos frecuentemente durante la actividad normal.

Mioclonías. Las mioclonías se caracterizan por un movimiento unidireccional súbito que muchas veces no es rítmico. Pueden empeorar con el movimiento y producirse durante el sueño. Las mioclonías se diferencian de los tics por su rapidez, por la incapacidad de suprimirlas y por la ausencia de impulso premonitorio.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Puede ser difícil diferenciar los comportamientos obsesivo-compulsivos de los tics. Las pistas que sugieren un comportamiento obsesivo-compulsivo son la base cognitiva del impulso (p. ej., el miedo a la contaminación) y la necesidad de realizar la acción de un modo particular un cierto número de veces, igualmente en los dos lados del cuerpo, o hasta lograr una sensación de "corrección". Entre los problemas de control de los impulsos y otros comportamientos repetitivos están: arrancarse el pelo de forma persistente, dañarse la piel y comerse las uñas, actos que parecen más intencionados y más complejos que los tics.

Comorbilidad

Se han descrito muchas afecciones médicas y psiquiátricas que serían concurrentes con los trastornos de tics, siendo el TDAH y el trastorno obsesivo-compulsivo particularmente frecuentes. Los síntomas obsesivo-compulsivos observados en un trastorno de tics tienden a caracterizarse por un orden y una simetría más agresivos y por una peor respuesta a la farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los niños con TDAH pueden mostrar comportamiento destructivo, inmadurez social y dificultades de aprendizaje que pueden interferir en el progreso académico y en las relaciones interpersonales, y llevar a un mayor deterioro que el causado por el trastorno de tics. Los individuos con trastornos de tics también pueden tener otros trastornos del movimiento y otros trastornos mentales, como los trastornos depresivo, bipolar y por consumo de sustancias.

Otro trastorno de tics especificado

307.20 (F95.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno de tics especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno del neurodesarrollo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de tics especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "inicio después de los 18 años").

Trastorno de tics no especificado

307.20 (F95.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de tics que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de un trastorno de tics o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría trastorno de tics no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de tics o de un trastorno específico del neurodesarrollo, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Otros trastornos del neurodesarrollo

Otro trastorno del neurodesarrollo especificado

315.8 (F88)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que causan deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría de otro trastorno del neurodesarrollo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno del neurodesarrollo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno del neurodesarrollo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "trastorno del neurodesarrollo asociado a exposición intrauterina al alcohol").

Una presentación que se puede especificar utilizando "otro especificado" es, por ejemplo, la siguiente:

Trastorno del neurodesarrollo asociado a exposición intrauterina al alcohol: El trastorno del neurodesarrollo asociado a exposición intrauterina al alcohol se caracteriza por diversas discapacidades del desarrollo después de la exposición in utero al alcohol.

Trastorno del neurodesarrollo no especificado

315.9 (F89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del neurodesarrollo que causan deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo. La categoría trastorno del neurodesarrollo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por *no* especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en el ámbito de urgencias).

<= Ir a la Clasificación

<= Ir al Índice

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y el trastorno esquizotípico (de la personalidad). Se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos.

Características clave que definen los trastornos psicóticos

Delirios

Los *delirios* son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Su contenido puede incluir varios temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza). Los *delirios persecutorios* (es decir, la creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo) son los más comunes. Los *delirios referenciales* (es decir, la creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno) también son comunes. También pueden aparecer *delirios de grandeza* (es decir, cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales) y *delirios erotomaníacos* (es decir, cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella). Los *delirios nihilistas* suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe, y los *delirios somáticos* se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos.

Los delirios se consideran *extravagantes* si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente. Un ejemplo de delirio extravagante es la creencia de que una fuerza externa le ha quitado al individuo sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otra persona sin dejar heridas ni cicatrices. Un ejemplo de delirio no extravagante es la creencia de que uno está siendo vigilado por la policía a pesar de la ausencia de pruebas convincentes. Los delirios, que expresan una pérdida de control sobre la mente o el cuerpo, generalmente se consideran extravagantes; esto incluye la creencia de que los propios pensamientos han sido "robados" por una fuerza externa (*robo del pensamiento*), que se le han insertado pensamientos ajenos en la propia mente (*inserción del pensamiento*) o que existe una fuerza externa que está manipulando o influyendo en el propio cuerpo o la propia mente (*delirios de control*). La distinción entre un delirio y una creencia firme es a veces difícil de realizar. En parte depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia a pesar de las pruebas claras o razonables en contra de su veracidad.

Alucinaciones

Las *alucinaciones* son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia; aquellas que tienen lugar al quedarse uno dormido (*hipnagógicas*) o al despertar

<= Ir a la Clasificación

(*hipnopómpicas*) se considera que están dentro del rango de las experiencias normales. Las alucinaciones pueden ser una parte normal de la experiencia religiosa en determinados contextos culturales.

Pensamiento (discurso) desorganizado

El *pensamiento desorganizado* (*trastorno formal del pensamiento*) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (*descarrilamiento o asociaciones laxas*). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (*tangencialidad*). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística (*incoherencia* o "ensalada de palabras"). Puesto que los discursos ligeramente desorganizados son frecuentes e inespecíficos, el síntoma debe ser lo suficientemente grave como para dificultar la comunicación de manera sustancial. La gravedad de la disfunción puede ser difícil de valorar si la persona que está haciendo el diagnóstico proviene de un entorno lingüístico diferente del de la persona que está siendo evaluada. Puede producirse una menor gravedad de la desorganización del pensamiento o del discurso durante los períodos prodrómico y residual de la esquizofrenia.

Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)

El *comportamiento motor muy desorganizado o anómalo* se puede manifestar de diferentes maneras, desde las "tonterías" infantiloides a la agitación impredecible. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas.

El *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (*negativismo*), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (*mutismo* y *estupor*). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (*excitación catatónica*). Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia. Aunque la catatonía se ha asociado históricamente con la esquizofrenia, los síntomas catatónicos no son específicos y pueden aparecer en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares o depresivos con catatonía) y en patologías médicas (trastorno catatónico debido a otra afección médica).

Síntomas negativos

Los *síntomas negativos* son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia: la expresión emotiva disminuida y la abulia. La *expresión emotiva disminuida* consiste en una disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La *abulia* es una disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. El individuo puede permanecer sentado durante largos períodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales. Otros síntomas negativos son la alogia, la anhedonia y la asocialidad. La *alogia* se manifiesta por una reducción del habla. La *anhedonia* es la disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente. La *asocialidad*, que se refiere a la aparente falta de interés por las interacciones sociales, puede estar asociada a la abulia, pero también puede ser indicativa de que hay escasas oportunidades para la interacción social.

Trastornos en este capítulo

Este capítulo está organizado según un gradiente de psicopatología. Los clínicos deberían considerar, en primer lugar, aquellas afecciones que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno psicótico

o que se limitan a un dominio de la psicopatología. Después, deberían considerar las afecciones limitadas en el tiempo. Por último, el diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia requiere la exclusión de otras afecciones que pueden dar lugar a psicosis. El trastorno de la personalidad esquizotípica se menciona en este capítulo puesto que se considera parte del espectro de la esquizofrenia, aunque su descripción detallada aparece en el capítulo "Trastornos de la personalidad". El diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica engloba un patrón generalizado de déficits sociales e interpersonales, incluida una menor capacidad para mantener relaciones cercanas, distorsiones cognitivas o perceptivas, y comportamientos excéntricos que habitualmente comienzan en la adultez temprana pero que, en algunos casos, pueden aparecer por primera vez en la niñez y en la adolescencia. Las anomalías en las creencias, el pensamiento y la percepción están por debajo del umbral para diagnosticar un trastorno psicótico.

Dos de los trastornos están definidos por anomalías en un único dominio de la psicosis: los delirios o la catatonía. El trastorno delirante se caracteriza por la presencia, durante al menos 1 mes, de delirios sin otros síntomas psicóticos. La catatonía se describe posteriormente en el capítulo y más adelante en esta exposición.

El trastorno psicótico breve dura más de 1 día y remite en el transcurso de 1 mes. El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por un cuadro sintomático equivalente al de la esquizofrenia, excepto por su duración (inferior a 6 meses) y porque no exige que se cumpla el requisito de afectación del funcionamiento.

La esquizofrenia dura al menos 6 meses e incluye al menos 1 mes con síntomas de la fase activa. En el trastorno esquizoafectivo se presentan simultáneamente un episodio del estado de ánimo y síntomas de fase activa de la esquizofrenia, que van precedidos o se siguen de, al menos, 2 semanas de delirios o alucinaciones sin síntomas del estado de ánimo prominentes.

Los trastornos psicóticos pueden estar inducidos por otra afección. En el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica de una droga de abuso, un medicamento o una exposición a toxinas, y remiten tras retirar el agente responsable. En el trastorno psicótico debido a otra afección médica, los síntomas psicóticos se consideran una consecuencia fisiológica directa de otra patología médica.

La catatonía puede aparecer en varios trastornos, como los trastornos del neurodesarrollo, los psicóticos, los bipolares, los depresivos y otros trastornos mentales. Este capítulo también incluye los diagnósticos de catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía), el trastorno catatónico debido a otra afección médica y la catatonía no especificada. Los criterios diagnósticos de estos tres trastornos se describen de manera conjunta.

Los diagnósticos de "otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y no especificado" y "otro trastorno psicótico" se incluyen para clasificar las presentaciones de psicosis que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos psicóticos específicos, o para la sintomatología psicótica acerca de la cual se dispone de información insuficiente o contradictoria.

Evaluación por el clínico de los síntomas y fenómenos clínicos asociados a la psicosis

Los trastornos psicóticos son heterogéneos, y la gravedad de los síntomas puede predecir aspectos importantes de los mismos, como el grado de los déficits cognitivos o neurobiológicos. Para avanzar en este campo, el capítulo "Medidas de evaluación", en la Sección III del DSM-5, incluye un marco detallado para realizar la evaluación de la gravedad que podría ayudar a planificar los tratamientos, a tomar decisiones acerca del pronóstico y a investigar los mecanismos fisiopatológicos. Dicho capítulo también contiene evaluaciones dimensionales de los síntomas primarios de la psicosis, como alucinaciones, delirios, discurso desorganizado (a excepción del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno psicótico debido a otra afección médica), comportamiento psicomotor anómalo y síntomas negativos, además de evaluaciones dimensionales de la depresión y la manía. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo en la psicosis tiene valor pronóstico y guía el tratamiento. Existen cada vez más datos de que el trastorno

esquizoafectivo no es una entidad nosológica diferenciada. Así, la evaluación dimensional de la depresión y la manía, en todos los trastornos psicóticos, hace que el clínico se mantenga alerta ante la presencia de patología afectiva y la necesidad de tratarla si fuera adecuado. La escala de la Sección III también incluye una evaluación dimensional de la disfunción cognitiva. Muchos sujetos con trastornos psicóticos tienen en una serie de dominios cognitivos que predicen el estado funcional. La evaluación neuropsicológica clínica puede ayudar a guiar el diagnóstico y el tratamiento, pero las evaluaciones breves sin una valoración neuropsicológica formal pueden aportar información útil que podría ser suficiente a efectos diagnósticos. Si se lleva a cabo una evaluación neuropsicológica formal, ésta debe ser realizada y puntuada por personal entrenado en la utilización de los instrumentos de evaluación. Si no se lleva a cabo una valoración neuropsicológica formal, el clínico debe utilizar la mejor información disponible para formarse una opinión. Se requiere más investigación acerca de estas evaluaciones para determinar su utilidad clínica; así pues, las evaluaciones disponibles en la Sección III deben servir de prototipo para estimular dicha investigación.

Trastorno esquizotípico (de la personalidad)

Los criterios y el texto relativos al trastorno de la personalidad esquizotípica pueden encontrarse en el capítulo "Trastornos de la personalidad." Este trastorno se menciona en el presente capítulo ya que se considera parte del espectro de la esquizofrenia y, según la CIE-9 y la CIE-10, está catalogado como trastorno esquizotípico dentro esta sección, abordándose en profundidad en el capítulo "Trastornos de la personalidad".

Trastorno delirante

Criterios diagnósticos 297.1 (F22)

A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.
B. Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia.
   Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).
C. Aparte del impacto del delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.
E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Especificar si:

Tipo erotomaníaco: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del individuo.

Tipo de grandeza: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.

Tipo celotípico: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio del individuo es que su cónyuge o amante le es infiel.

Tipo persecutorio: Este subtipo de aplica cuanto el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.

Tipo somático: Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales.

Tipo mixto: Este tipo se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.

Tipo no especificado: Este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante).

Especificar si:

Con contenido extravagante: Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente (p. ej., la creencia de un individuo de que un extraño le ha quitado sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otro sin dejar heridas ni cicatrices).

Especificar si:

Los siguientes especificadores de evolución sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno:

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es un período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral que son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica según una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno delirante se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Subtipos

En el *tipo erotomaníaco*, el tema central del delirio es que otra persona está enamorada del paciente. La persona acerca de la cual se mantiene esta convicción suele tener un estatus más alto (p. ej., una persona famosa o un superior en el trabajo), aunque también puede ser un completo desconocido. En el *tipo de grandeza*, el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos, o de haber hecho algún descubrimiento importante. Con menos frecuencia, el sujeto puede presentar el delirio de que mantiene una relación especial con una persona importante o de que él mismo es una persona importante (en cuyo caso, puede considerar que el sujeto en cuestión es un impostor). Los delirios de grandeza pueden tener un contenido religioso. En el *tipo celotípico*, el tema central del delirio es que la pareja es infiel. Se llega a esta creencia sin motivo justificado, basándose en inferencias incorrectas apoyadas en pequeños "indicios" (p. ej., ropa descolocada). Habitualmente, el individuo se encara con su cónyuge o amante e intenta interponerse en la infidelidad imaginada. En el *tipo*

persecutorio, el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra o de que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo. Pueden exagerarse pequeños desaires que se convierten en el foco de un sistema delirante. El sujeto afecto puede dedicarse de manera repetida a intentar desquitarse mediante acciones legales o legislativas. Los individuos con delirios persecutorios a menudo se muestran resentidos y enfadados y pueden recurrir a la violencia hacia aquellos que creen que les están haciendo daño. En el *tipo somático*, el tema central del delirio implica funciones o sensaciones corporales. Los delirios somáticos pueden aparecer de diferentes formas. Las más habituales son las creencias de que el sujeto desprende un olor repugnante, de que hay una infestación de insectos sobre la piel o debajo de ella, de que hay un parásito interno, de que ciertas partes del cuerpo son deformes o feas, o de que hay partes del cuerpo que no funcionan.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos 1 mes (Criterio A). No se realiza el diagnóstico de trastorno delirante si el sujeto ha tenido alguna vez una presentación clínica que cumpliese el Criterio A de la esquizofrenia (Criterio B). Aparte del impacto directo producido por los delirios, el deterioro del funcionamiento psicosocial puede estar más circunscrito que en otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño (Criterio C). Si se producen episodios del estado de ánimo de manera simultánea a los delirios, la duración total de estos episodios del estado de ánimo es breve en comparación con la duración total de los períodos delirantes (Criterio D). Los delirios no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., la cocaína) o de otra afección médica (p. ej., la enfermedad de Alzheimer), y no se explican mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo (Criterio E).

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de los síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para llevar a cabo las distinciones que tienen importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las creencias delirantes del trastorno delirante pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales o laborales. Los sujetos con trastorno delirante pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo (es decir, puede haber "introspección fáctica", pero no introspección verdadera). Muchos individuos pueden desarrollar un afecto irritable o disfórico que habitualmente puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer en los subtipos persecutorio, celotípico y erotomaníaco. El individuo puede presentar comportamientos litigantes o antagónicos (p. ej., enviar cientos de cartas de protesta al gobierno). Puede haber dificultades legales, en especial en los tipos celotípico y erotomaníaco.

Prevalencia

Se estima que la prevalencia del trastorno delirante a lo largo de la vida está en alrededor del 0,2 % y el subtipo más frecuente es el persecutorio. El tipo celotípico del trastorno delirante probablemente sea más común en los hombres que en las mujeres, pero no hay diferencias importantes entre géneros en cuanto a la frecuencia global del trastorno delirante.

Desarrollo y curso

El funcionamiento global medio es habitualmente mejor que el observado en la esquizofrenia. Aunque, por lo general, el diagnóstico es estable, una proporción de sujetos desarrollará posteriormente

una esquizofrenia. El trastorno delirante tiene una relación familiar importante tanto con la esquizofrenia como con el trastorno de la personalidad esquizotípica. Aunque puede aparecer en grupos etarios más jóvenes, este trastorno podría ser más prevalente en los individuos mayores.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Debe tenerse en cuenta el entorno cultural y religioso del individuo al evaluar la posible presencia de un trastorno delirante. El contenido de los delirios también varía a través de los contextos culturales.

Consecuencias funcionales del trastorno delirante

El deterioro funcional habitualmente está más circunscrito que en otros trastornos psicóticos, aunque en algunos casos el deterioro puede ser importante e incluir un rendimiento laboral deficiente y aislamiento social. Cuando existe un funcionamiento psicosocial pobre, a menudo intervienen de forma importante las creencias delirantes en sí. Una característica habitual de los sujetos con trastorno delirante es la aparente normalidad de su comportamiento y apariencia cuando no se habla acerca de sus ideas delirantes o se actúa en base a ellas.

Diagnóstico diferencial

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Si un individuo con trastorno obsesivo-compulsivo está completamente convencido de que sus creencias patológicas son ciertas, se debe hacer un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo con el especificador "ausencia de introspección/con creencias delirantes", en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante. De la misma manera, si un sujeto con trastorno dismórfico corporal está completamente convencido de que sus creencias debidas a dicho trastorno son ciertas, se debe hacer un diagnóstico de trastorno dismórfico corporal con el especificador "ausencia de introspección/con creencias delirantes", en lugar de un diagnóstico de trastorno delirante.

Delirium, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Los individuos con estos trastornos pueden presentar síntomas que sugieran un trastorno delirante. Por ejemplo, la presencia de delirios persecutorios en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor sería diagnosticado como trastorno neurocognitivo mayor con alteración del comportamiento. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos puede ser transversalmente idéntico, en cuanto a síntomas, a un trastorno delirante, pero se puede diferenciar en base a la relación cronológica del uso de sustancias con el inicio y la remisión de las creencias delirantes.

Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme. El trastorno delirante puede distinguirse de la esquizofrenia y del trastorno esquizofreniforme por la ausencia de los demás síntomas característicos de la fase activa de la esquizofrenia.

Trastornos depresivos y bipolares y trastorno esquizoafectivo. Estos trastornos pueden diferenciarse del trastorno delirante por la relación temporal entre la alteración del estado de ánimo y los delirios, y por la gravedad de los síntomas del estado de ánimo. Si los delirios aparecen únicamente durante los episodios del estado de ánimo, el diagnóstico será de trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. Pueden superponerse al trastorno delirante síntomas afectivos que cumplan los criterios de un trastorno del estado de ánimo. Sólo se puede diagnosticar un trastorno delirante si la duración total de todos los episodios del estado de ánimo es breve en comparación a la duración total de la clínica delirante. En caso contrario, lo apropiado será diagnosticar otro trastorno del espectro de la esquizofrenia, especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, acompañado por otro trastorno depresivo especificado, un trastorno depresivo no especificado, otro trastorno bipolar o relacionado especificado, o un trastorno bipolar o relacionado no especificado.

Trastorno psicótico breve

Criterios diagnósticos 298.8 (F23)

A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Nota: No incluir un síntoma si es una respuesta aprobada culturalmente.

B. La duración de un episodio del trastorno es al menos de un día pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo mayor o bipolar con características psicóticas u otro trastorno psicótico como esquizofrenia o catatonía, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con factor(es) de estrés notable(s) (psicosis reactiva breve). Si los síntomas se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Sin factor(es) de estrés notable(s): Si los síntomas no se producen en respuesta a sucesos que, por separado o juntos, causarían mucho estrés prácticamente a todo el mundo en circunstancias similares en el medio cultural del individuo.

Con inicio posparto: Si comienza durante el embarazo o en las primeras 4 semanas después del parto.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119–120).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno psicótico breve para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que implica el inicio brusco de, al menos, uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) o comportamiento psicomotor muy anómalo, incluyendo la catatonía (Criterio A). El *inicio brusco* se define como un cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un período de 2 semanas, habitualmente sin pródromo. Un episodio del trastorno dura al menos 1 día pero menos de 1 mes y el individuo al final retorna por completo al nivel de funcionamiento premórbido

(Criterio B). El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, por un trastorno esquizoafectivo, ni por una esquizofrenia, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un alucinógeno) o de otra afección médica (p. ej., hematoma subdural) (Criterio C).

Además de los cinco dominios sintomáticos, identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los sujetos con trastorno psicótico breve normalmente experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Aunque el trastorno sea breve, el grado de disfunción puede ser grave, y puede requerirse supervisión para asegurarse de que las necesidades nutricionales e higiénicas se satisfacen y que el individuo está protegido de las consecuencias de la falta de juicio, de la disfunción cognitiva y de las acciones basadas en los delirios. Parece haber un aumento del riesgo de comportamiento suicida, en especial durante el episodio agudo.

Prevalencia

En Estados Unidos, el trastorno psicótico breve puede suponer el 9 % de los casos de primer episodio de psicosis. Los trastornos psicóticos que cumplen los Criterios A y C, pero no el Criterio B del trastorno psicótico breve (es decir, una duración de los síntomas activos de 1-6 meses, en lugar de menos de 1 mes), son más frecuentes en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. El trastorno psicótico breve es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Desarrollo y curso

El trastorno psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o en la vida adulta temprana. El inicio puede tener lugar a lo largo de toda la vida, siendo la edad media de inicio la mitad de la treintena. Por definición, el diagnóstico de trastorno psicótico breve requiere la remisión completa de todos los síntomas y un retorno completo al nivel de funcionamiento premórbido antes de transcurrido 1 mes del inicio del trastorno. En algunos sujetos, la duración de los síntomas psicóticos puede ser bastante breve (p. ej., unos pocos días).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamento. Los trastornos y rasgos preexistentes de la personalidad (p. ej., el trastorno de la personalidad esquizotípica, el trastorno de la personalidad límite o rasgos en el dominio de psicoticismo como la desregulación perceptiva, o en el dominio de la afectividad negativa como la suspicacia) pueden predisponer al sujeto a desarrollar el trastorno.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Es importante diferenciar los síntomas del trastorno psicótico breve de los patrones de respuesta culturalmente aprobados. Por ejemplo, en algunas ceremonias religiosas, un individuo puede decir que escucha voces, pero habitualmente éstas no persisten ni se perciben como anómalas por la mayoría de los miembros de la comunidad del sujeto. Además, se debe tener en cuenta el entorno cultural y religioso al considerar si las creencias son delirantes.

Consecuencias funcionales del trastorno delirante

A pesar de las altas tasas de recaída, para la mayoría de los individuos el pronóstico es excelente en cuanto a funcionamiento social y sintomatología.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. Diferentes trastornos médicos pueden manifestarse con síntomas psicóticos de breve duración. El trastorno psicótico debido a otra afección médica y el delirium se diagnostican cuando hay pruebas, a partir de la historia, la exploración física o las pruebas de laboratorio, de que los delirios o las alucinaciones son consecuencia fisiológica directa de una afección médica específica (p. ej., síndrome de Cushing, tumor cerebral) (véase "Trastorno psicótico debido a otra afección médica" más adelante en este capítulo).

Trastornos relacionados con sustancias. El trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, el delirium inducido por sustancias y la intoxicación por sustancias se diferencian del trastorno psicótico breve porque se considera que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, la exposición a una toxina) que está relacionada etiológicamente con los síntomas psicóticos (véase "Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos" más adelante en este capítulo). Las pruebas de laboratorio, como la determinación de tóxicos en orina o los niveles de alcohol en sangre, pueden ser útiles para ayudar a dilucidar esta situación, así como una cuidadosa historia del uso de sustancias que preste atención a las relaciones temporales entre el consumo y el inicio de los síntomas, y al tipo de sustancia que se está consumiendo.

Trastornos depresivos y bipolares. El diagnóstico de trastorno psicótico breve no puede realizarse si los síntomas psicóticos se explican mejor por un episodio del estado de ánimo (es decir, si los síntomas psicóticos tienen lugar únicamente durante un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto).

Otros trastornos psicóticos. Si los síntomas psicóticos persisten durante 1 mes o más, el diagnóstico será de trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno depresivo con características psicóticas, trastorno bipolar con características psicóticas u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, dependiendo de los demás síntomas que se presenten. El diagnóstico diferencial entre el trastorno psicótico breve y el trastorno esquizofreniforme es difícil cuando los síntomas psicóticos han remitido antes de 1 mes debido a una buena respuesta a la medicación. Se debe prestar especial atención a la posibilidad de que un trastorno recurrente (p. ej., un trastorno bipolar, las exacerbaciones agudas recurrentes de una esquizofrenia) pueda ser el responsable de que aparezcan episodios psicóticos repetidos.

Simulación y trastornos facticios. Un episodio de trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos puede tener la apariencia de un trastorno psicótico breve, pero en estos casos hay pruebas de que los síntomas se han producido intencionadamente. Cuando la simulación conlleva síntomas aparentemente psicóticos, habitualmente hay indicios de que se está fingiendo la enfermedad para lograr un objetivo comprensible.

Trastornos de la personalidad. En algunos sujetos con trastornos de la personalidad, los factores de estrés pueden precipitar breves períodos de síntomas psicóticos. Estos síntomas suelen ser transitorios y no justifican un diagnóstico aparte. Si los síntomas psicóticos persisten durante al menos 1 día, podría convenir realizar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico breve.

Trastorno esquizofreniforme

Criterios diagnósticos 295.40 (F20.81)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
   1. Delirios.
   2. Alucinaciones.
   3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
   4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
   5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Un episodio del trastorno dura como mínimo un mes pero menos de seis meses. Cuando el diagnóstico se ha de hacer sin esperar a la recuperación, se calificará como "provisional".
C. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes durante una parte mínima de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) u otra afección médica.

Especificar si:

Con características de buen pronóstico: Este especificador requiere la presencia de dos o más de las siguientes características: aparición de síntomas psicóticos notables en las primeras cuatro semanas después del primer cambio apreciable del comportamiento o funcionamiento habitual; confusión o perplejidad; buen funcionamiento social y laboral antes de la enfermedad; y ausencia de afecto embotado o plano.

Sin características de buen pronóstico: Este especificador se aplica si no han estado presentes dos o más de las características anteriores.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119–120).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizofreniforme para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Nota: Véase información adicional sobre las características asociadas que apoyan el diagnóstico, el desarrollo y el curso (factores relacionados con la edad), los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, los aspectos diagnósticos relacionados con el género, el diagnóstico diferencial y las afecciones concomitantes en las secciones correspondientes de la esquizofrenia.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos del trastorno esquizofreniforme son idénticos a los de la esquizofrenia (Criterio A). El trastorno esquizofreniforme se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas las fases prodrómica, activa y residual, es de al menos 1 mes pero menor de 6 meses (Criterio B). El requisito de duración del trastorno esquizofreniforme se encuentra entre el del trastorno psicótico breve, que dura más de 1 día y remite antes de 1 mes, y el de la esquizofrenia, que dura al menos 6 meses. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones: 1) cuando un episodio de la enfermedad dura entre 1 y 6 meses y el sujeto ya se ha recuperado, y 2) cuando un individuo tiene síntomas durante menos de los 6 meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia pero todavía no se ha recuperado. En este caso, el diagnóstico debe anotarse como "trastorno esquizofreniforme (provisional)", puesto que no es seguro que el individuo vaya a recuperarse del trastorno dentro del período de 6 meses. Si la alteración persiste más allá de los 6 meses, el diagnóstico debe cambiarse a esquizofrenia.

Otra característica que distingue al trastorno esquizofreniforme es la ausencia de un criterio que requiera deterioro del funcionamiento social y laboral. Aunque, en potencia, dichas alteraciones puedan estar presentes, no son necesarias para diagnosticar el trastorno esquizofreniforme.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos es fundamental para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Al igual que en la esquizofrenia, no se dispone en la actualidad de pruebas de laboratorio o psicométricas para el trastorno esquizofreniforme. Hay múltiples regiones cerebrales en las que los estudios de neuroimagen, la neuropatología y la neurofisiología han encontrado anomalías, pero ninguna de ellas es diagnóstica.

Prevalencia

La incidencia del trastorno esquizofreniforme en los diferentes contextos socioculturales probablemente sea similar a la observada en la esquizofrenia. En Estados Unidos y en otros países desarrollados, la incidencia es baja, posiblemente cinco veces menor que la de la esquizofrenia. En los países en vías de desarrollo, la incidencia puede ser mayor, en especial para el especificador "con características de buen pronóstico"; en algunos de estos contextos, el trastorno esquizofreniforme puede ser tan frecuente como la esquizofrenia.

Desarrollo y curso

El desarrollo del trastorno esquizofreniforme es similar al de la esquizofrenia. Alrededor de un tercio de los individuos con diagnóstico inicial de trastorno esquizofreniforme (provisional) se recuperan dentro del período de 6 meses y el trastorno esquizofreniforme es el diagnóstico final. La mayoría de los dos tercios restantes recibirá posteriormente un diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Los familiares de los sujetos con trastorno esquizofreniforme tienen un riesgo aumentado de padecer esquizofrenia.

Consecuencias funcionales del trastorno esquizofreniforme

Para la mayoría de los individuos con trastorno esquizofreniforme que posteriormente reciben un diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo, las consecuencias funcionales son similares a las de estos trastornos. La mayoría de los sujetos presentan disfunción en varias áreas del funcionamiento diario, como los estudios o el trabajo, las relaciones interpersonales y el autocuidado. Los individuos que se recuperan del trastorno esquizofreniforme tienen mejores resultados funcionales.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y afecciones médicas. Una amplia variedad de afecciones mentales y médicas pueden manifestarse con síntomas psicóticos que deben ser considerados en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizofreniforme. Son el trastorno psicótico debido a otra afección médica o a su tratamiento, el delirium o el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno psicótico o el delirium inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, el trastorno esquizoafectivo, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado o no especificado, el trastorno depresivo o bipolar con características catatónicas, la esquizofrenia, el tras-

torno psicótico breve, el trastorno delirante, otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico, los trastornos de la personalidad esquizotípica, esquizoide o paranoide, los trastornos del espectro autista, los trastornos de inicio en la infancia con desorganización del lenguaje, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y el traumatismo cerebral.

Puesto que los criterios diagnósticos del trastorno esquizofreniforme y la esquizofrenia difieren fundamentalmente en la duración de la enfermedad, la discusión acerca del diagnóstico diferencial de la esquizofrenia también se aplica al trastorno esquizofreniforme.

Trastorno psicótico breve. El trastorno esquizofreniforme difiere en su duración del trastorno psicótico breve, cuya duración es inferior a 1 mes.

Esquizofrenia

Criterios diagnósticos 295.90 (F20.9)

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
   1. Delirios.
   2. Alucinaciones.
   3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
   4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
   5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.
Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.
Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).
Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial
Episodios múltiples, actualmente en remisión total
Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.
No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119–120).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos de la esquizofrenia comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo.

Al menos dos de los síntomas del Criterio A deben estar presentes durante una proporción de tiempo significativa, durante un período de 1 mes o más. Al menos uno de esos síntomas debe ser la presencia clara de delirios (Criterio A1), alucinaciones (Criterio A2) o discurso desorganizado (Criterio A3). También se pueden presentar comportamientos muy desorganizados o catatónicos (Criterio A4) y síntomas negativos (Criterio A5). En las situaciones en las que los síntomas de la fase activa remiten antes de 1 mes en respuesta al tratamiento, el Criterio A se sigue cumpliendo si el clínico estima que habrían persistido en ausencia de tratamiento.

La esquizofrenia implica un déficit en una o más áreas principales del funcionamiento (Criterio B). Si el trastorno se inicia en la infancia o en la adolescencia, no se alcanza el nivel de funcionamiento esperado. Puede resultar útil comparar al individuo con los hermanos no afectos. La disfunción persiste durante un período sustancial a lo largo del curso del trastorno y no parece ser el resultado directo de ningún síntoma concreto. La abulia (es decir, la disminución de la motivación para realizar actividades dirigidas a lograr una meta, Criterio A5) está relacionada con la disfunción social descrita en el Criterio B. También hay muchos datos que relacionan la disfunción cognitiva (véase más adelante la sección "Características asociadas que apoyan el diagnóstico" de este trastorno) y los déficits en el funcionamiento de los individuos con esquizofrenia.

Algunos signos del trastorno deben persistir durante un período de tiempo continuo de al menos 6 meses (Criterio C). Los síntomas prodrómicos a menudo preceden a la fase activa y puede haber síntomas residuales posteriores, que consisten en formas leves o por debajo del umbral de alucinaciones o delirios. Los sujetos pueden expresar una variedad de creencias poco habituales o extrañas que no son de proporciones delirantes (p. ej., ideas referenciales o pensamiento mágico); pueden tener experiencias perceptivas poco habituales (p. ej., sentir la presencia de una persona que no está a la vista); su discurso puede ser comprensible en general, pero difuso; su comportamiento puede ser poco habitual, pero no muy desorganizado (p. ej., murmurar en público). Los síntomas negativos son comunes en las fases prodrómica y residual y pueden ser graves. Los individuos que habían sido socialmente activos pueden retraerse de sus hábitos previos. Estos comportamientos a menudo son el primer signo del trastorno.

Los síntomas del estado de ánimo y los episodios del estado de ánimo completos son comunes en la esquizofrenia y pueden ser concurrentes con la sintomatología de la fase activa. Sin embargo, a diferencia de un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, el diagnóstico de esquizofrenia requiere la presencia de delirios o alucinaciones en ausencia de episodios del estado de ánimo. Además, los episodios del estado de ánimo, en total, deben estar presentes sólo durante una parte minoritaria de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos es fundamental para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con esquizofrenia pueden mostrar un afecto inapropiado (p. ej., reírse en ausencia de un estímulo apropiado); un ánimo disfórico que puede tomar la forma de depresión, ansiedad o enfado; una alteración del patrón del sueño (p. ej., sueño diurno y actividad nocturna); falta de interés por comer o rechazo de la comida. La despersonalización, la desrealización y las preocupaciones somáticas pueden aparecer y, en ocasiones, alcanzar proporciones delirantes. La ansiedad y las fobias son comunes. Los déficits cognitivos son comunes en la esquizofrenia y están muy relacionados con los déficits laborales y vocacionales. Estos déficits pueden consistir en un deterioro de la memoria declarativa, de la memoria de trabajo, del lenguaje y de otras funciones ejecutivas, además de una velocidad de procesamiento más lenta. También aparecen anomalías en el procesamiento sensorial y en la capacidad inhibitoria, además de reducciones de la atención. Algunos individuos con esquizofrenia presentan déficits de la cognición social, incluidos déficits de la capacidad para inferir las intenciones de otras personas (teoría de la mente), y pueden prestar atención a sucesos o estímulos irrelevantes y posteriormente interpretarlos como significativos, lo que puede conducir a la generación de delirios explicativos. Estos déficits a menudo persisten durante la remisión sintomática.

Algunos individuos con psicosis pueden carecer de introspección o de conciencia de su trastorno (es decir, pueden tener anosognosia). Esta ausencia de "introspección" incluye la falta de conciencia de los síntomas de la esquizofrenia y puede estar presente a lo largo de todo el curso de la enfermedad. La falta de conciencia de la enfermedad es un síntoma típico de la esquizofrenia en sí y no una estrategia de afrontamiento. Es comparable a la falta de conciencia de los déficits neurológicos posteriores al daño cerebral, denominada *anosognosia.* Este síntoma es el factor que predice con mayor frecuencia la inobservancia del tratamiento, así como mayores tasas de recaída, un mayor número de tratamientos involuntarios, un peor funcionamiento psicosocial, las agresiones y un peor curso de la enfermedad.

La hostilidad y la agresión pueden asociarse a la esquizofrenia, aunque las agresiones espontáneas o inesperadas son poco comunes. La agresión es más frecuente en los varones jóvenes y en los individuos con antecedentes de violencia, falta de cumplimiento terapéutico, abuso de sustancias e impulsividad. Debe señalarse que la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no son agresivas y son víctimas con más frecuencia que los individuos de la población general.

A día de hoy no hay pruebas radiológicas, de laboratorio, ni psicométricas para el trastorno. Se han encontrado diferencias entre grupos de individuos sanos y personas con esquizofrenia en

múltiples regiones cerebrales, procediendo los datos de estudios de neuroimagen, de neuropatología y de neurofisiología. También hay diferencias en la arquitectura celular, en la conectividad de la sustancia blanca y en el volumen de sustancia gris de varias regiones, como las cortezas prefrontal y temporal. Se ha observado una reducción del volumen cerebral total, así como una mayor reducción del volumen con la edad. Las reducciones del volumen cerebral con la edad son más pronunciadas en los individuos con esquizofrenia que en los sujetos sanos. Por último, los sujetos con esquizofrenia parecen diferir de los individuos sin dicho trastorno en los índices de seguimiento ocular y electrofisiológicos.

Los signos neurológicos menores son comunes en los individuos con esquizofrenia e incluyen déficits en la coordinación motora, la integración sensorial y la secuenciación motora de los movimientos complejos, así como confusión izquierda-derecha y desinhibición de los movimientos asociados. Además puede haber anomalías físicas menores en la cara y los miembros.

Prevalencia

La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida parece ser aproximadamente del 0,3 al 0,7 %, aunque se han comunicado variaciones según la raza/el grupo étnico, según el país y según el origen geográfico en los inmigrantes e hijos de inmigrantes. La proporción de sexos difiere según la muestra y la población: por ejemplo, si se hace hincapié en los síntomas negativos y en una mayor duración de la enfermedad (que se asocian a un peor pronóstico), la incidencia es mayor en los varones, mientras que las definiciones que permiten incluir más síntomas del estado de ánimo y cuadros breves (que se asocian a un mejor pronóstico) muestran un riesgo equivalente para ambos sexos.

Desarrollo y curso

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia aparecen típicamente entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena; el inicio antes de la adolescencia es raro. El pico de inicio de los primeros episodios psicóticos se sitúa en la primera mitad de la veintena en los varones y a finales de la veintena en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los individuos presenta un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas clínicamente significativos. La mitad de estos individuos refiere síntomas depresivos. La edad de inicio más temprana se ha considerado tradicionalmente un factor que predice un peor pronóstico. Sin embargo, el efecto de la edad de inicio probablemente se relacione con el género, teniendo los varones un peor ajuste premórbido, menores logros académicos, síntomas negativos y disfunción cognitiva más prominentes, y un pronóstico peor en general.

La disfunción cognitiva es común; las alteraciones de la cognición están presentes durante el desarrollo y preceden a la emergencia de la psicosis, conformando unos déficits cognitivos estables en la vida adulta. Los déficits de la cognición pueden persistir cuando otros síntomas ya han remitido y contribuyen a la discapacidad que produce el trastorno.

Los factores que predicen el curso y el pronóstico se desconocen en gran parte, de forma que ni el curso ni el pronóstico se pueden predecir de manera fiable. El curso parece ser favorable en alrededor del 20 % de los sujetos con esquizofrenia, y un pequeño número de individuos se recupera por completo. Sin embargo, la mayoría de los individuos con esquizofrenia sigue requiriendo apoyo formal o informal para su vida diaria, y muchos permanecen crónicamente enfermos, con exacerbaciones y remisiones de los síntomas activos, mientras que otros sufren un curso de deterioro progresivo.

Los síntomas psicóticos tienden a disminuir a lo largo de la vida, quizás en relación con la reducción normal de la actividad dopaminérgica asociada a la edad. Los síntomas negativos están más estrechamente ligados al pronóstico que los síntomas positivos y tienden a ser los más persistentes. Además, los déficits cognitivos que se asocian a la enfermedad pueden no mejorar a lo largo del curso de la misma.

Las características esenciales de la esquizofrenia son las mismas en la infancia, pero resulta más difícil realizar el diagnóstico. En los niños, los delirios y las alucinaciones pueden ser menos elaborados que en los adultos, y las alucinaciones visuales son más frecuentes y deben distinguirse de los juegos de fantasía normales. El discurso desorganizado aparece en muchos trastornos de inicio en la infancia (p. ej., en el trastorno del espectro autista), al igual que sucede con el comportamiento desorganizado

(p. ej., en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad). Estos síntomas no deben ser atribuidos a una esquizofrenia sin haber considerado los trastornos más frecuentes de la infancia. Los casos de inicio en la infancia tienden a parecerse a los casos de los adultos con mal pronóstico, con un inicio gradual y síntomas negativos prominentes. Los niños que posteriormente recibirán un diagnóstico de esquizofrenia tienen más probabilidades de haber presentado psicopatología y trastornos emocionales-conductuales inespecíficos, alteraciones intelectuales y del lenguaje y retrasos motores sutiles.

Los casos de inicio tardío (es decir, con una edad de inicio mayor de 40 años) están sobrerrepresentados por las mujeres, que pueden haberse casado. A menudo el curso se caracteriza por un predominio de los síntomas psicóticos, con afecto y funcionamiento social preservados. Estos casos de inicio tardío pueden cumplir los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, pero no está claro si se trata del mismo trastorno que la esquizofrenia diagnosticada antes de la mediana edad (p. ej., antes de los 55 años).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La estación de nacimiento se ha relacionado con la incidencia de la esquizofrenia: por ejemplo, finales de invierno/principios de primavera en algunas zonas y el verano para la forma deficitaria del trastorno. La incidencia de la esquizofrenia y de los trastornos relacionados es mayor en los niños que crecen en un medio urbano y en algunos grupos étnicos minoritarios.

Genéticos y fisiológicos. Hay una importante contribución de los factores genéticos a la hora de determinar el riesgo de presentar esquizofrenia, aunque la mayoría de los individuos diagnosticados de esquizofrenia no tienen antecedentes familiares de psicosis. La predisposición la confieren un abanico de alelos de riesgo, comunes y raros, de forma que cada alelo contribuye sólo en una pequeña fracción a la varianza total en la población. Los alelos de riesgo que se han identificado hasta la fecha también se asocian a otros trastornos mentales, como el trastorno bipolar, la depresión y el trastorno del espectro autista.

Las complicaciones del embarazo y el parto con hipoxia y una mayor edad paterna se asocian a un riesgo más elevado de padecer esquizofrenia para el feto en desarrollo. Además, otras situaciones adversas prenatales y perinatales, como el estrés, la infección, la malnutrición, la diabetes materna y otras afecciones médicas, también se han asociado a la esquizofrenia. Sin embargo, la gran mayoría de los hijos que tienen estos factores de riesgo no desarrolla una esquizofrenia.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Deben considerarse los factores culturales y socioeconómicos, en especial cuando el individuo y el clínico no comparten el mismo entorno socioeconómico. Ideas que parecen delirantes en una cultura (p. ej., la brujería) pueden estar ampliamente extendidas en otra. En algunas culturas, las alucinaciones visuales o auditivas de contenido religioso (p. ej., escuchar la voz de Dios) forman parte de la experiencia religiosa normal. Además, la evaluación del discurso desorganizado puede verse dificultada por las variaciones lingüísticas que aparecen en los estilos narrativos de las diferentes culturas. La evaluación del afecto requiere sensibilidad para las diferencias en los estilos de expresión emocional, contacto ocular y lenguaje corporal, que varían a lo largo de las distintas culturas. Si la valoración se lleva a cabo en un idioma diferente del idioma primario del sujeto, se debe prestar atención para asegurarse de que la alogia no se debe a las barreras lingüísticas. En determinadas culturas, el malestar puede tomar la forma de alucinaciones o pseudoalucinaciones e ideas sobrevaloradas que clínicamente pueden presentarse de manera similar a la verdadera psicosis, pero que son normales en el subgrupo al que pertenece el paciente.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Hay varias características que distinguen la expresión clínica de la esquizofrenia en las mujeres y en los varones. La incidencia general de la esquizofrenia tiende a ser ligeramente menor en las mujeres, en especial si se consideran los casos tratados. La edad de inicio es posterior en las mujeres, produciéndose un segundo pico en la mediana edad, tal y como se ha descrito anteriormente (véase anteriormente la sección "Desarrollo y curso" de este trastorno). En las mujeres, los síntomas tienden a presentar más carga afectiva, aparecen más síntomas psicóticos y hay una mayor tendencia a que los síntomas psicóticos empeoren en

las etapas posteriores de la vida. Otra diferencia sintomática es la menor frecuencia de síntomas negativos y desorganización en las mujeres. Por último, el funcionamiento social tiende a estar mejor preservado en las mujeres. Sin embargo, hay frecuentes excepciones a estas normas generales.

Riesgo de suicidio

Aproximadamente, el 5–6 % de los individuos con esquizofrenia fallece por suicidio, alrededor del 20 % intenta suicidarse en al menos una ocasión y muchos más tienen ideación suicida significativa. El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno mismo o a otros. El riesgo de suicidio se mantiene alto a lo largo de toda la vida en los varones y en las mujeres, aunque podría ser especialmente elevado en los varones jóvenes con consumo comórbido de sustancias. Otros factores de riesgo son los síntomas depresivos o los sentimientos de desesperanza, la situación de desempleo y el período posterior a un episodio psicótico o a un alta hospitalaria.

Consecuencias funcionales de la esquizofrenia

La esquizofrenia se asocia a una disfunción social y laboral significativa. Los progresos académicos y la conservación de un empleo a menudo se ven dificultados por la abulia u otras manifestaciones del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas requeridas. La mayoría de los sujetos consigue un empleo de categoría inferior al de sus padres y la mayoría, en especial los hombres, no se casa o tiene escasos contactos sociales más allá de su familia.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar con características psicóticas o catatónicas. La distinción entre la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar con características psicóticas o catatonía depende de la relación temporal entre la alteración del ánimo y la psicosis, y de la gravedad de los síntomas depresivos o maníacos. Si los delirios o las alucinaciones aparecen únicamente durante un episodio depresivo mayor o maníaco, el diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

Trastorno esquizoafectivo. El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo requiere que un episodio depresivo mayor o maníaco se presente de forma concurrente con los síntomas de la fase activa y que los síntomas del estado de ánimo estén presentes durante la mayor parte de la duración total de los períodos activos.

Trastorno esquizofreniforme y trastorno psicótico breve. Estos trastornos tienen una duración menor que la esquizofrenia tal y como especifica el Criterio C, que requiere la presencia de síntomas durante 6 meses. En el trastorno esquizofreniforme, la alteración está presente durante menos de 6 meses, y en el trastorno psicótico breve, los síntomas están presentes durante al menos 1 día pero menos de 1 mes.

Trastorno delirante. El trastorno delirante se puede distinguir de la esquizofrenia por la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej., delirios, alucinaciones auditivas o visuales prominentes, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico, síntomas negativos).

Trastorno de la personalidad esquizotípica. El trastorno de la personalidad esquizotípica puede distinguirse de la esquizofrenia por la presencia de síntomas por debajo del umbral asociados a rasgos de personalidad persistentes.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal. Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo y con trastorno dismórfico corporal pueden presentar una introspección escasa o ausente y sus preocupaciones pueden alcanzar proporciones delirantes. Sin embargo, estos trastornos se distinguen de la esquizofrenia por sus obsesiones y compulsiones, la preocupación por el aspecto o el olor corporal, el acaparamiento y los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo.

Trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático puede incluir escenas retrospectivas que tengan una cualidad alucinatoria, y la hipervigilancia puede alcanzar proporciones

paranoides. Sin embargo, se requiere la presencia de un suceso traumático y los síntomas característicos de revivir o reaccionar al suceso para realizar el diagnóstico.

Trastorno del espectro autista o trastornos de la comunicación. Estos trastornos también pueden presentar síntomas similares a los de un episodio psicótico, pero se distinguen por los déficits de la interacción social con comportamientos repetitivos y restringidos, y por otros déficits cognitivos y de la comunicación, respectivamente. Un individuo con un trastorno del espectro autista o con un trastorno de la comunicación debe presentar síntomas que cumplan los criterios completos de la esquizofrenia, con alucinaciones o delirios prominentes durante al menos 1 mes, para poder recibir el diagnóstico de esquizofrenia como trastorno concurrente.

Otros trastornos mentales asociados con un episodio psicótico. El diagnóstico de esquizofrenia se realiza únicamente cuando el episodio psicótico es persistente y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los individuos con delirium o con trastorno neurocognitivo mayor o leve pueden presentar síntomas psicóticos, pero éstos tendrán relación temporal con el inicio de los cambios cognitivos que aparecen en dichos trastornos. Los sujetos con un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos pueden presentar los síntomas característicos del Criterio A de la esquizofrenia, pero el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos habitualmente puede distinguirse por la relación cronológica entre el uso de las sustancias y su inicio, y por la remisión de la psicosis en ausencia del uso de dichas sustancias.

Comorbilidad

Las tasas de comorbilidad con los trastornos relacionados con sustancias son elevadas en la esquizofrenia. Más de la mitad de los individuos con esquizofrenia tiene un trastorno por consumo de tabaco y fuman cigarrillos de manera habitual. Cada vez se reconoce más la comorbilidad con los trastornos de ansiedad en la esquizofrenia. Las tasas de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno de pánico son elevadas en los individuos con esquizofrenia en comparación con la población general. El trastorno de la personalidad esquizotípica o paranoide a veces puede preceder al inicio de una esquizofrenia.

La esperanza de vida está acortada en las personas con esquizofrenia debido a las afecciones médicas asociadas. El aumento de peso, la diabetes, el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares son más habituales en los individuos con esquizofrenia que en la población general. El escaso compromiso para realizar conductas dirigidas a mantener la salud (p. ej., cribado para el cáncer, ejercicio físico) aumenta el riesgo de presentar enfermedades crónicas, pero también pueden intervenir otros factores asociados al trastorno, como la medicación, el estilo de vida, fumar cigarrillos y la dieta. Podría haber una vulnerabilidad compartida para la psicosis y los trastornos médicos que explicaría parte de la comorbilidad médica de la esquizofrenia.

Trastorno esquizoafectivo

Criterios diagnósticos

A. Un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual existe un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.
Nota: El episodio depresivo mayor ha de incluir el Criterio A1: Depresión del estado de ánimo.
B. Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo) durante todo el curso de la enfermedad.
C. Los síntomas que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.
D. El trastorno no se puede atribuir a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

Especificar si:

295.70 (F25.0) Tipo bipolar: Este subtipo se aplica si un episodio maníaco forma parte de la presentación. También se pueden producir episodios depresivos mayores.

295.70 (F25.1) Tipo depresivo: Este subtipo sólo se aplica si episodios depresivos mayores forman parte de la presentación.

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119–120).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo para indicar la presencia de catatonía concurrente.

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios requeridos para el diagnóstico en cuanto a síntomas y tiempo. Un *episodio agudo* es un período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, con períodos sintomáticos por debajo del umbral, muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis que incluye: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Nota: Véase la información adicional sobre el desarrollo y curso (factores relacionados con la edad), los factores de riesgo y de pronóstico (factores de riesgo ambientales), los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura y los aspectos diagnósticos relacionados con el género en las secciones correspondientes de la esquizofrenia, el trastorno bipolar I y II, y el trastorno depresivo mayor.

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se basa en la valoración de un período ininterrumpido de enfermedad durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica. El diagnóstico habitualmente, aunque no necesariamente, se hace durante el período de enfermedad psicótica. En algún momento del período debe cumplirse el Criterio A de la

esquizofrenia. El Criterio B (disfunción social) y el F (exclusión de un trastorno del espectro autista u otro trastorno de la comunicación de inicio en la infancia) de la esquizofrenia no tienen por qué cumplirse. Además de cumplir el Criterio A de la esquizofrenia, hay un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo mayor o maníaco) (Criterio A para el trastorno esquizoafectivo). Puesto que la pérdida de interés o de placer es frecuente en la esquizofrenia, para cumplir el Criterio A del trastorno esquizoafectivo, el episodio depresivo mayor debe cursar con ánimo deprimido de manera generalizada (es decir, que la presencia de una disminución importante del interés o del placer no es suficiente). Los episodios de depresión o de manía están presentes durante la mayor parte de la duración total de la enfermedad (es decir, después de que se cumpla el Criterio A) (Criterio C del trastorno esquizoafectivo). Para diferenciar el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, los delirios o alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo (depresivo o maníaco) en algún momento de la enfermedad (Criterio B para el trastorno esquizoafectivo). Los síntomas no son atribuibles a los efectos de una sustancia o a otra afección médica (Criterio D del trastorno esquizoafectivo).

El Criterio C del trastorno esquizoafectivo especifica que los síntomas del estado de ánimo que cumplen los criterios de un episodio mayor del estado de ánimo deben estar presentes durante la mayor parte de las fases activa y residual de la enfermedad. El Criterio C requiere la valoración de los síntomas del estado de ánimo durante todo el curso de la enfermedad psicótica, lo que difiere del criterio del DSM-IV, que únicamente requería una valoración del período actual de la enfermedad. Si los síntomas del estado de ánimo sólo están presentes durante un período relativamente breve, el diagnóstico es de esquizofrenia, no de trastorno esquizoafectivo. A la hora de decidir si la presentación de un individuo cumple el Criterio C, el clínico debe revisar toda la duración de la enfermedad psicótica (es decir, tanto los síntomas activos como los residuales) y determinar cuándo hubo síntomas del estado de ánimo significativos (no tratados o que necesitaron tratamiento con antidepresivos o fármacos estabilizadores del ánimo) acompañando a los síntomas psicóticos. Determinar esto requiere tanto información histórica suficiente como juicio clínico. Por ejemplo, un individuo con antecedentes de 4 años de síntomas activos y residuales de esquizofrenia desarrolla episodios depresivos y maníacos que, tomados en conjunto, no ocupan más de 1 año a lo largo de los 4 años de la historia de la enfermedad psicótica. Esta presentación no cumpliría el Criterio C.

Además de los cinco dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, es fundamental la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos para realizar las distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El funcionamiento laboral a menudo se ve afectado, pero esto no es un criterio definitorio (a diferencia de la esquizofrenia). La restricción del contacto social y las dificultades con el autocuidado se asocian al trastorno esquizoafectivo, pero los síntomas negativos pueden ser menos graves y menos persistentes que los que aparecen en la esquizofrenia. La anosognosia (es decir, la ausencia de introspección) también es común en el trastorno esquizoafectivo, pero los déficits en la capacidad de introspección pueden ser menos graves y generalizados que los de la esquizofrenia. Los individuos con trastorno esquizoafectivo pueden tener un riesgo mayor de desarrollar posteriormente episodios de trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar si los síntomas del estado de ánimo se mantienen tras la remisión de los síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. Pueden asociarse trastornos relacionados con el alcohol u otras sustancias. No hay pruebas ni medidas biológicas que puedan ayudar a diagnosticar un trastorno esquizoafectivo. No está claro si el trastorno esquizoafectivo difiere de la esquizofrenia en cuanto a sus características asociadas, como son las anomalías cerebrales estructurales o funcionales, los déficits cognitivos y los factores genéticos.

Prevalencia

La frecuencia del trastorno esquizoafectivo parece ser una tercera parte de la frecuencia de la esquizofrenia. Se estima que la prevalencia del trastorno esquizoafectivo a lo largo de la vida es del 0,3 %.

La incidencia del trastorno esquizoafectivo es mayor en las mujeres que en los varones, fundamentalmente por la mayor incidencia del tipo depresivo entre las mujeres.

Desarrollo y curso

La edad típica de inicio del trastorno esquizoafectivo es la vida adulta temprana, aunque el inicio puede darse en cualquier momento entre la adolescencia y las etapas tardías de la vida. Un número significativo de sujetos diagnosticados inicialmente de otra enfermedad psicótica recibirán posteriormente un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo una vez que el patrón de episodios del estado de ánimo se ha hecho más evidente. Con el actual Criterio C se espera que, en algunos individuos, el diagnóstico pase de trastorno esquizoafectivo a otro trastorno a medida que los síntomas del estado de ánimo se hagan menos prominentes. El pronóstico del trastorno esquizoafectivo es algo mejor que el de la esquizofrenia, pero peor que el de los trastornos del estado de ánimo.

El trastorno esquizoafectivo puede presentarse con diversos patrones temporales. El siguiente sería un patrón típico: un individuo puede tener alucinaciones auditivas pronunciadas y delirios persecutorios durante 2 meses antes del inicio de un episodio depresivo mayor prominente. Luego, los síntomas psicóticos y el episodio depresivo mayor completo se mantienen durante 3 meses. Posteriormente el individuo se recupera por completo del episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas psicóticos durante otro mes más antes de remitir también. Durante este período de enfermedad, los síntomas del individuo cumplieron simultáneamente los criterios del trastorno depresivo mayor y el Criterio A de la esquizofrenia, y durante este mismo período de la enfermedad las alucinaciones auditivas y los delirios estuvieron presentes tanto antes como después de la fase depresiva. El período total de enfermedad duró unos 6 meses, sólo con síntomas psicóticos durante los primeros 2 meses, con síntomas tanto depresivos como psicóticos durante los siguientes 3 meses y únicamente con síntomas psicóticos durante el último mes. En este caso, la duración del episodio depresivo no fue breve en relación a la duración total del trastorno psicótico, por lo que esta presentación cumple los requisitos del trastorno esquizoafectivo.

La expresión de los síntomas psicóticos a lo largo de la vida es variable. Los síntomas depresivos o maníacos pueden ocurrir antes del inicio de la psicosis, durante los episodios psicóticos agudos, durante los períodos residuales y tras cesar la psicosis. Por ejemplo, un individuo puede presentar síntomas del estado de ánimo prominentes durante la fase prodrómica de la esquizofrenia. Este patrón no indica necesariamente un trastorno esquizoafectivo, puesto que lo que determina el diagnóstico es la concurrencia de síntomas psicóticos y del estado de ánimo. Para un individuo con síntomas que claramente cumplen los criterios del trastorno esquizoafectivo pero que durante el seguimiento sólo presenta síntomas psicóticos residuales (como psicosis por debajo del umbral o síntomas negativos prominentes), el diagnóstico puede cambiarse a esquizofrenia, puesto que se vuelve más prominente la proporción total del cuadro psicótico en comparación con los síntomas del estado de ánimo. El trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar podría ser más común en los adultos jóvenes y el trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo podría ser más común en los adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Puede haber un mayor riesgo de presentar trastorno esquizoafectivo en los familiares de primer grado de los sujetos con esquizofrenia. El riesgo del trastorno esquizoafectivo podría estar incrementado entre los individuos que tienen un familiar de primer grado con esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Deben considerarse los factores culturales y socioeconómicos, en especial cuando el individuo y el clínico no compartan el mismo entorno cultural y económico. Ideas que parecen delirantes en una cultura (p. ej., la brujería) pueden estar ampliamente extendidas en otra. También hay algún indicio en la bibliografía de que la esquizofrenia estaría sobrediagnosticada en comparación con

el trastorno esquizoafectivo en las poblaciones afroamericanas e hispanoamericanas, por lo que se debe tener cuidado y realizar una evaluación culturalmente apropiada que incluya tanto los síntomas psicóticos como los del estado de ánimo.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio a lo largo de la vida en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo es del 5 %. La presencia de síntomas depresivos se correlaciona con un mayor riesgo de suicidio. Se ha demostrado que las tasas de suicidio son mayores en las poblaciones de sujetos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo norteamericanas que en las europeas, sudamericanas e indias.

Consecuencias funcionales del trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo se asocia a disfunción social y laboral, pero la disfunción no es un criterio diagnóstico (como sí lo es en la esquizofrenia) y la variabilidad es considerable entre los individuos diagnosticados de trastorno esquizoafectivo.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y afecciones médicas. Una amplia variedad de afecciones psiquiátricas y médicas se pueden manifestar con síntomas psicóticos y del estado de ánimo, y deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo. Éstas son el trastorno psicótico debido a otra afección médica, el delirium, el trastorno neurocognitivo mayor, el trastorno psicótico y el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos, los trastornos bipolares con características psicóticas, el trastorno depresivo mayor con características psicóticas, los trastornos depresivo y bipolar con características catatónicas, los trastornos esquizotípico, esquizoide y paranoide de la personalidad, el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizofreniforme, la esquizofrenia, el trastorno delirante y otros trastornos del espectro de la esquizofrenia especificados y no especificados, y otros trastornos psicóticos. Las afecciones médicas y el uso de sustancias se pueden presentar con una combinación de síntomas psicóticos y del estado de ánimo, por lo que es necesario excluir el trastorno psicótico debido a otra afección médica. Distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos depresivos y bipolares con características psicóticas es a menudo difícil. El Criterio C está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y el Criterio B está diseñado para distinguir el trastorno esquizoafectivo de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. En concreto, el trastorno esquizoafectivo puede distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas por la presencia de delirios o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Por el contrario, en los trastornos depresivos o bipolares con características psicóticas, estas características aparecen fundamentalmente durante los episodios del estado de ánimo. Puesto que la proporción relativa de síntomas del estado de ánimo y psicóticos puede cambiar a lo largo del tiempo, el diagnóstico apropiado puede dejar de ser o volver a ser el de trastorno esquizoafectivo (p. ej., un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo por un cuadro depresivo mayor grave y prominente, que dura 3 meses durante los primeros 6 meses de un trastorno psicótico persistente, se cambiaría a esquizofrenia si persisten los síntomas psicóticos activos o los síntomas residuales prominentes durante varios años sin la recurrencia de otro episodio del estado de ánimo).

Trastorno psicótico debido a otra afección médica. Otras afecciones médicas y el uso de sustancias pueden manifestarse como una combinación de síntomas psicóticos y del estado de ánimo, por lo que es necesario excluir el trastorno psicótico debido a otra afección médica.

Esquizofrenia, trastornos bipolar y depresivo. Distinguir el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos depresivo y bipolar con características psicóticas es a menudo difícil. El Criterio C está diseñado para separar el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia, y el Criterio B está diseñado para distinguir el trastorno esquizoafectivo de un trastorno

depresivo o bipolar con características psicóticas. En concreto, el trastorno esquizoafectivo puede distinguirse de un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas por la presencia de delirios o alucinaciones prominentes durante al menos 2 semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo. Por el contrario, en los trastornos depresivos o bipolares con características psicóticas, estas características aparecen fundamentalmente durante los episodios del estado de ánimo. Puesto que la proporción relativa de síntomas del estado de ánimo y psicóticos puede cambiar a lo largo del tiempo, el diagnóstico apropiado puede cambiar y dejar de ser o volver a ser el de trastorno esquizoafectivo (p. ej., un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo por un cuadro depresivo mayor grave y prominente, que dura 3 meses durante los primeros 6 meses de un trastorno psicótico persistente, se cambiaría a esquizofrenia si persisten los síntomas psicóticos activos o los síntomas residuales prominentes durante varios años, sin la recurrencia de otro episodio del estado de ánimo).

Comorbilidad

Muchos individuos diagnosticados de trastorno esquizoafectivo también son diagnosticados de otros trastornos mentales, en especial de trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad. De manera similar, la incidencia de afecciones médicas está aumentada con respecto a la tasa basal de la población general y lleva a una menor esperanza de vida.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/ medicamentos

Criterios diagnósticos

A. Presencia de uno o los dos síntomas siguientes:

   1. Delirios.
   2. Alucinaciones.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2):

   1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición a un medicamento.
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/ medicamentos. Estas pruebas de un trastorno psicótico independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otros campos importantes del funcionamiento.

   Nota: Este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas del Criterio A y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos psicóticos inducidos por [una sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por consumo de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1," y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes del trastorno psicótico inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno psicótico inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2," y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9," y el clínico sólo hará constar el trastorno psicótico inducido por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	**Con trastorno por consumo, leve**	**Con trastorno por consumo, moderado o grave**	**Sin trastorno por consumo**
Alcohol	291.9	F10.159	F10.259	F10.959
Cannabis	292.9	F12.159	F12.259	F12.959
Fenciclidina	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Otro alucinógeno	292.9	F16.159	F16.259	F16.959
Inhalante	292.9	F18.159	F18.259	F18.959
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.9	F13.159	F13.259	F13.959
Anfetamina (u otro estimulante)	292.9	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	292.9	F14.159	F14.259	F14.959
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.9	F19.159	F19.259	F19.959

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para diagnósticos asociados a la clase de sustancia):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de dejar la sustancia.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante una evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis tales como: delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de **0** (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de la psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los delirios o alucinaciones. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de delirios que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.9 trastorno psicótico inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de síntomas psicóticos, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., 292.9 trastorno psicótico inducido por cannabis con inicio durante la intoxicación, con trastorno grave por consumo de cannabis; 292.9 trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación, con trastorno leve por consumo de fenciclidina).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los delirios o las alucinaciones. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia" sin consumo concurrente de sustancias; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida" sin consumo concurrente de sustancias.

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y, a continuación, la palabra "con" seguida del nombre del trastorno psicótico inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de los delirios que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.259 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno psicótico inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno psicótico inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.959 trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de síntomas psicóticos, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., F12.259 trastorno grave por consumo de cannabis con trastorno psicótico inducido por cannabis, con inicio durante la intoxicación; F16.159 trastorno leve por consumo de fenciclidina con trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación).

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos son los delirios o alucinaciones prominentes (Criterio A) que se consideran debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento (es decir, una droga, un medicamento o una toxina) (Criterio B). Las alucinaciones que el propio sujeto identifica como inducidas por sustancias/medicamentos no se incluyen aquí, y se diagnosticarían como intoxicación por sustancias o abs-

tinencia de sustancias, acompañada del especificador "con alteraciones de la percepción" (se aplica a la abstinencia de alcohol, la intoxicación por cannabis, la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y la intoxicación por estimulantes).

Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno psicótico primario considerando el inicio, el curso y otros factores. Para las drogas deben encontrarse pruebas de consumo, intoxicación o abstinencia de sustancias en la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos surgen durante o poco después de la exposición a un medicamento, o tras la intoxicación o abstinencia de sustancias, pero pueden persistir durante semanas, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del uso de sustancias/medicamentos o pueden presentarse durante períodos de abstinencia prolongada. Una vez que se inician, los síntomas psicóticos pueden mantenerse mientras se continúe usando la sustancia/medicamento. Otro factor a considerar es la presencia de características que son atípicas de un trastorno psicótico primario (p. ej., una edad de inicio o un curso atípicos). Por ejemplo, la aparición de delirios *de novo* en una persona mayor de 35 años sin historia conocida de trastorno psicótico primario debería sugerir la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Incluso una historia previa de trastorno psicótico primario no descarta la posibilidad de un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Por el contrario, algunos de los factores que sugieren que los síntomas psicóticos se explican mejor por un trastorno psicótico primario son la persistencia de síntomas psicóticos durante un período de tiempo sustancial (es decir, un mes o más) tras el fin de la intoxicación o la abstinencia aguda de una sustancia, o tras cesar el uso de un medicamento, y la presencia de antecedentes de algún trastorno psicótico primario recurrente. Deben considerarse otras causas de síntomas psicóticos incluso en los individuos con intoxicación o abstinencia de sustancias, puesto que los problemas por uso de sustancias no son infrecuentes entre los sujetos con trastornos psicóticos no inducidos por sustancias/medicamentos.

Además de los cuatro dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos es fundamental para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los trastornos psicóticos pueden asociarse a una intoxicación por los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cannabis, alucinógenos como la fenciclidina y otras sustancias relacionadas, inhalantes, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Los trastornos psicóticos pueden estar asociados a la abstinencia de los siguientes tipos de sustancias: alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Algunos de los medicamentos con los que se ha descrito la aparición de síntomas psicóticos son: anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antihipertensivos y fármacos cardiovasculares, medicamentos antimicrobianos, fármacos antiparkinsonianos, agentes quimioterapéuticos (p. ej., ciclosporina, procarbazina), corticosteroides, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroideos, otros medicamentos de venta sin receta (p. ej., fenilefrina, pseudoefedrina), fármacos antidepresivos y disulfiram. Las toxinas que se han descrito que pueden inducir síntomas psicóticos son: inhibidores de la acetilcolinesterasa, insecticidas organofosforados, sarín y otros gases nerviosos, monóxido de carbono, dióxido de carbono y sustancias volátiles como el combustible o la pintura.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos en la población general no se conoce. Se ha descrito que entre el 7 y el 25 % de los individuos que presentan un primer episodio de psicosis en diferentes entornos tiene un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno puede variar de manera considerable en función de la sustancia. Por ejemplo, fumar una dosis alta de cocaína puede producir una psicosis en minutos, mientras que pueden ser necesarios días o semanas de consumo de alcohol o sedantes a dosis altas para producirla. El trastorno psicótico con alucinaciones inducido por alcohol habitualmente se produce sólo tras una ingesta prolongada e importante de alcohol en sujetos que tienen un trastorno por uso de alcohol moderado o grave. En este caso, las alucinaciones generalmente son de tipo auditivo. Los trastornos psicóticos inducidos por anfetaminas y cocaína comparten características clínicas similares. Los delirios persecutorios pueden desarrollarse rápidamente poco tiempo después de consumir anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar. Las alucinaciones de bichos o parásitos reptando bajo la piel (formicación) pueden llevar al rascado y a excoriaciones cutáneas extensas. El trastorno psicótico inducido por cannabis puede desarrollarse poco tiempo después de consumir dosis altas de cannabis y habitualmente cursa con delirios persecutorios, ansiedad marcada, labilidad emocional y despersonalización. El trastorno habitualmente remite en menos de un día, pero en algunos casos puede persistir durante unos días.

En ocasiones, el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos puede persistir una vez retirada la sustancia implicada, por lo que inicialmente puede resultar difícil distinguirlo de un trastorno psicótico independiente. Se ha descrito que sustancias como las anfetaminas, la fenciclidina y la cocaína pueden producir estados psicóticos transitorios que, en ocasiones, persisten durante semanas o incluso más tiempo a pesar de la retirada de la sustancia y del tratamiento con fármacos neurolépticos. En edades avanzadas, la polifarmacia para tratar patologías médicas y la exposición a medicamentos para el parkinsonismo, los trastornos cardiovasculares y otras enfermedades pueden asociarse a una mayor probabilidad de presentar psicosis inducida por medicamentos que por abuso de otras sustancias.

Marcadores diagnósticos

Para las sustancias en que pueden medirse concentraciones hemáticas relevantes (p. ej., niveles de alcohol en sangre, otros niveles sanguíneos cuantificables, como los de digoxina), la presencia de un nivel compatible con toxicidad puede aumentar el grado de certeza diagnóstica.

Consecuencias funcionales del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos

El trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos es típicamente muy incapacitante y, por lo tanto, se observa con más frecuencia en las salas de urgencias, ya que a menudo se traslada a los individuos a servicios de atención aguda cuando aparece el trastorno. Sin embargo, la incapacidad que produce normalmente es autolimitada y se resuelve al retirar el agente implicado.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación o abstinencia de sustancias. Los individuos intoxicados por estimulantes, cannabis, el opioide meperidina o fenciclidina, y los que tienen síndrome de abstinencia de alcohol o sedantes, pueden experimentar alteraciones de la percepción que reconocen como efectos de la droga. Si la prueba de realidad para estas experiencias permanece intacta (es decir, si el individuo reconoce que la percepción está inducida por la sustancia y ni la cree real, ni actúa en base a ella), el diagnóstico no es de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. En su lugar se diagnosticará una intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias con alteraciones de la percepción (p. ej., intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción). Las alucinaciones de tipo "flashback" que pueden aparecer mucho tiempo después de dejar de consumir alucinógenos se diagnostican como trastorno de percepción persistente por alucinógenos. Si los síntomas psicóticos inducidos por sustancias/medicamentos se producen exclusivamente durante el curso de un delirium, como en los cuadros graves de la abstinencia de alcohol, los síntomas psicóticos se consideran una característica asociada del delirium y no se diagnostican por separado. Los delirios en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor o leve se diagnosticarían como trastorno neurocognitivo mayor o leve, con alteración del comportamiento.

Trastorno psicótico primario. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos se diferencia de un trastorno psicótico primario, como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico, o un trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico, por el hecho de que se considera que existe una sustancia que está relacionada con la etiología de los síntomas.

Trastorno psicótico debido a otra afección médica. Un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito para una afección mental o médica se debe iniciar mientras el individuo está tomando el medicamento (o durante la retirada del mismo si existe un síndrome de abstinencia asociado al fármaco). Puesto que los individuos con afecciones médicas a menudo toman medicamentos para dichas afecciones, el clínico debe considerar la posibilidad de que los síntomas psicóticos estén causados por las consecuencias fisiológicas de la patología médica en lugar de por la medicación, en cuyo caso se diagnosticaría un trastorno psicótico debido a otra afección médica. La historia a menudo supone la base principal para realizar este diagnóstico. En ocasiones puede requerirse cambiar el tratamiento de la afección médica (p. ej., sustituir o retirar el medicamento) para determinar de manera empírica si, en ese individuo, el medicamento es el agente causal. Si el clínico determina que la alteración es atribuible tanto a una afección médica como al uso de sustancias/medicamentos, se pueden realizar ambos diagnósticos (es decir, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos).

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

A. Alucinaciones o delirios destacados.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en los ámbitos social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Código basado en el síntoma predominante:

293.81 (F06.2) Con delirios: Si los delirios son el síntoma predominante.

293.82 (F06.0) Con alucinaciones: Si las alucinaciones son el síntoma predominante.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.81 [F06.2] trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios). La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno psicótico debido a la afección médica (p. ej., 162.9 [C34.90] neoplasia pulmonar maligna; 293.81 [F06.2] trastorno psicótico debido a neoplasia pulmonar maligna, con delirios).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis, tales como: delirios, alucinaciones, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y

grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de la psicosis, en el capítulo "Medidas de evaluación" en la Sección III del DSM-5.)

Nota: El diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Especificadores

Además de los dominios sintomáticos identificados en los criterios diagnósticos, la evaluación de los dominios de síntomas cognitivos, depresivos y maníacos es fundamental para realizar distinciones de importancia crítica entre los diferentes trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Características diagnósticas

Las características esenciales de un trastorno psicótico debido a otra afección médica son los delirios o las alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., los síntomas no son una respuesta mediada psicológicamente a un trastorno médico grave, en cuyo caso lo adecuado sería diagnosticar un trastorno psicótico breve con factor de estrés notable).

Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier modalidad sensorial (es decir, visual, olfatoria, gustativa, táctil o auditiva), pero ciertos factores etiológicos son proclives a suscitar fenómenos alucinatorios específicos. Las alucinaciones olfatorias sugieren epilepsia del lóbulo temporal. Las alucinaciones pueden variar desde simples e informes a muy complejas y organizadas, dependiendo de factores etiológicos y ambientales. Generalmente no se diagnostica un trastorno psicótico debido a otra afección médica si el individuo mantiene la prueba de realidad para las alucinaciones y entiende que se deben a una afección médica. Los delirios pueden presentar diversos temas, como somáticos, de grandeza, religiosos y, más habitualmente, persecutorios. Sin embargo, en conjunto, las asociaciones entre delirios y afecciones médicas concretas parecen menos específicas que en el caso de las alucinaciones.

A la hora de determinar si el trastorno psicótico es atribuible a otra afección médica, se debe identificar la presencia de dicha afección médica y considerar que ésta sería la etiología de la psicosis a través de un mecanismo fisiológico. Aunque no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre la alteración psicótica y la afección médica es de tipo etiológico, hay varias consideraciones que pueden ofrecer alguna guía. Un factor a considerar es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los de la alteración psicótica. Un segundo factor es la presencia de características atípicas del trastorno psicótico (p. ej., edad atípica de inicio o presencia de alucinaciones visuales u olfatorias). La alteración también debe distinguirse de un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos o de otro trastorno psiquiátrico (p. ej., un trastorno de adaptación).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La asociación temporal con el inicio o la exacerbación de la afección médica ofrece la mayor certeza diagnóstica de que los delirios o las alucinaciones son atribuibles a una patología médica. Puede haber otros factores adicionales, como los tratamientos concomitantes de la afección médica subyacente, que confieran de forma independiente un riesgo de psicosis, como el tratamiento con esteroides de los trastornos autoinmunes.

Prevalencia

Las tasas de prevalencia del trastorno psicótico debido a otra afección médica son difíciles de estimar dada la amplia variedad de etiologías médicas subyacentes. Se estima que la prevalencia a lo

largo de la vida está entre el 0,21 y el 0,54 %. Cuando se estratifican los hallazgos de prevalencia en función del grupo etario, los individuos mayores de 65 años tienen una prevalencia significativamente superior, del 0,74 %, en comparación con los grupos de menor edad. Las tasas de psicosis también varían en función de la afección médica subyacente; las afecciones que más comúnmente se asocian a la psicosis son los trastornos endocrinos y metabólicos no tratados, los trastornos autoinmunitarios (p. ej., lupus eritematoso sistémico, encefalitis autoinmune por anticuerpos contra el receptor *N*-metil-D-aspartato [NMDA]) y la epilepsia del lóbulo temporal. Dentro de la psicosis debida a epilepsia se han diferenciado las psicosis comiciales, poscomiciales e intercomiciales. La más común de éstas es la psicosis poscomicial, que se observa entre el 2 y el 7,8 % de los pacientes con epilepsia. Entre los individuos de más edad puede haber una mayor prevalencia del trastorno en las mujeres, aunque las características adicionales asociadas al género no están claras, y varían considerablemente con la distribución por géneros de los trastornos médicos subyacentes.

Desarrollo y curso

El trastorno psicótico debido a otra afección médica puede ser un único estado transitorio o puede ser recurrente, con ciclos que dependan de las exacerbaciones y remisiones de la afección médica subyacente. Aunque el tratamiento de la afección médica subyacente consigue a menudo la resolución de la psicosis, esto no es siempre así y los síntomas psicóticos pueden persistir mucho después del acontecimiento médico (p. ej., el trastorno psicótico debido a una lesión cerebral focal). En el contexto de las patologías crónicas, como la esclerosis múltiple o la psicosis intercomicial crónica de la epilepsia, la psicosis puede adoptar un curso a largo plazo.

La expresión fenomenológica de un trastorno psicótico debido a otra afección médica no difiere sustancialmente en función de la edad a la que se presenta. Sin embargo, los grupos de más edad tienen una mayor prevalencia del trastorno, lo que probablemente se deba al aumento de la carga médica que acompaña a la edad avanzada y a los efectos acumulativos de las exposiciones perjudiciales y otros procesos asociados al envejecimiento (p. ej., la arteriosclerosis). Es probable que la naturaleza de las afecciones médicas subyacentes cambie a lo largo de la vida, estando los grupos de menor edad más afectados por la epilepsia, los traumatismos craneoencefálicos, los trastornos autoinmunitarios y las enfermedades neoplásicas, y los grupos de mayor edad por ictus, episodios anóxicos y procesos comórbidos en múltiples sistemas. Los factores subyacentes asociados al envejecimiento, como el deterioro cognitivo preexistente o las discapacidades de visión u oído, pueden producir un mayor riesgo de psicosis, posiblemente una disminución del umbral para experimentarla.

Factores de riesgo y pronóstico

Modificadores de curso. La identificación y el tratamiento de la afección médica subyacente tiene el mayor impacto sobre el curso, aunque las lesiones preexistentes del sistema nervioso central (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad cerebrovascular) pueden conferir un peor pronóstico.

Marcadores diagnósticos

El diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica depende de la enfermedad de cada individuo, y las pruebas diagnósticas variarán dependiendo de esa enfermedad. Hay diversas afecciones médicas que pueden causar síntomas psicóticos. Éstas son las patologías neurológicas (p. ej., neoplasias, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, epilepsia, lesión o disfunción de los nervios visuales o auditivos, sordera, migraña, infecciones del sistema nervioso central), las patologías endocrinológicas (p. ej., hipertiroidismo e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo, hiperadrenocorticismo e hipoadrenocorticismo), los trastornos metabólicos (p. ej., hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia), las alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, las enfermedades hepáticas y renales, y los trastornos autoinmunitarios con afectación del sistema nervioso central (p. ej., lupus eritematoso sistémico). Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia o de inicio asociados son reflejo de la afección médica subyacente.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio en el contexto de un trastorno psicótico debido a otra afección médica no está claramente definido, aunque algunas patologías como la epilepsia y la esclerosis múltiple se asocian a mayores tasas de suicidio, que pueden aumentar aún más si aparece una psicosis.

Consecuencias funcionales del trastorno psicótico debido a otra afección médica

El deterioro funcional en el contexto de un trastorno psicótico debido a otra afección médica es típicamente grave, pero varía considerablemente según el tipo de afección y habitualmente mejora con la resolución de ésta.

Diagnóstico diferencial

Delirium. Las alucinaciones y los delirios son comunes en el contexto de un delirium; sin embargo, no se realiza un diagnóstico aparte de trastorno psicótico debido a otra afección médica si la alteración ocurre exclusivamente durante el transcurso de un delirium. Los delirios en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor o leve serían diagnosticados como trastorno neurocognitivo mayor o leve, con alteración del comportamiento.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Si hay indicios de un uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos los medicamentos con efectos psicoactivos), de la abstinencia de una sustancia o de la exposición a una toxina (p. ej., intoxicación por LSD [dietilamida de ácido lisérgico], abstinencia de alcohol), se debe considerar el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Los síntomas que tienen lugar durante o poco después (es decir, dentro de las primeras 4 semanas) de una intoxicación o abstinencia o después del uso de medicamentos, pueden ser especialmente indicativos de un trastorno psicótico inducido por sustancias, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de la sustancia consumida. Si el clínico determina que la alteración es atribuible tanto a una afección médica como al uso de sustancias, se pueden realizar ambos diagnósticos (es decir, trastorno psicótico debido a otra afección médica y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos).

Trastorno psicótico. El trastorno psicótico debido a otra afección médica debe distinguirse del trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo) y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas. En los trastornos psicóticos y en los trastornos depresivos o bipolares con características psicóticas no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados a una afección médica. La edad de inicio tardía y la ausencia de antecedentes personales o familiares de esquizofrenia o de trastorno delirante sugieren la necesidad de realizar una evaluación completa para descartar el diagnóstico de trastorno psicótico debido a otra afección médica. Las alucinaciones auditivas en forma de voces que pronuncian frases complejas son más características de la esquizofrenia que del trastorno psicótico debido a otra afección médica. Otros tipos de alucinación (p. ej., visuales, olfatorias) habitualmente indican un trastorno psicótico debido a otra afección médica o un trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Comorbilidad

El trastorno psicótico debido a otra afección médica en los individuos mayores de 80 años se relaciona con el trastorno neurocognitivo mayor (demencia).

Catatonía

La catatonía puede aparecer en el contexto de varios trastornos, incluidos los trastornos del neurodesarrollo, los psicóticos, los bipolares, los depresivos y otras afecciones médicas (p. ej., déficit cerebral de folato, trastornos autoinmunitarios y paraneoplásicos raros). El manual no considera la catatonía como una clase independiente, pero identifica a) la catatonía asociada a otro trastorno mental (p. ej., un trastorno del neurodesarrollo, un trastorno psicótico, un trastorno bipolar, un trastorno depresivo u otro trastorno mental), b) el trastorno catatónico debido a otra afección médica, y c) la catatonía no especificada.

La catatonía se define por la presencia de tres o más de los 12 síntomas psicomotores de los criterios diagnósticos de la catatonía asociada a otro trastorno mental y del trastorno catatónico debido a otra afección médica. La característica esencial de la catatonía es una marcada alteración psicomotora que puede conllevar una disminución de la actividad motriz, una menor colaboración durante la entrevista o la exploración física y una actividad motora excesiva y peculiar. La presentación clínica de la catatonía puede ser desconcertante, ya que la alteración psicomotora puede oscilar entre una marcada falta de respuesta y una marcada agitación. La inmovilidad motora puede ser grave (estupor) o moderada (catalepsia, flexibilidad cérea). Igualmente, la disminución de la colaboración puede ser grave (mutismo) o moderada (negativismo). Los comportamientos motores excesivos y peculiares pueden ser complejos (p. ej., estereotipias) o simples (agitación) y pueden incluir la ecolalia y la ecopraxia. En casos extremos, el mismo individuo puede oscilar entre una actividad motora disminuida y una actividad motora excesiva. Las características clínicas aparentemente opuestas y las manifestaciones variables del diagnóstico contribuyen a la falta de conocimiento y menor reconocimiento de la catatonía. Durante las fases graves de la catatonía, el individuo puede requerir una supervisión estrecha para evitar la producción de lesiones a sí mismo o a los demás. Hay riesgos potenciales derivados de la malnutrición, el agotamiento, la hiperpirexia y los daños autoinfligidos.

Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)

293.89 (F06.1)

A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:
   1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no interactuar activamente con el entorno).
   2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
   3. Flexibilidad cérea (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
   4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [excluir si hay afasia confirmada]).
   5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
   6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
   7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
   8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos hacia un objetivo).
   9. Agitación, no influida por estímulos externos.
   10. Muecas.
   11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona).
   12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona).

Nota de codificación: Cuando se registre el nombre de la afección, indicar el nombre del trastorno mental asociado (p. ej., 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno depresivo mayor). Codificar en primer lugar el trastorno mental asociado (es decir, trastorno del neurodesarrollo,

trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor u otro trastorno mental) (p. ej., 295.70 [F25.1] trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo; 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno esquizoafectivo).

Características diagnósticas

El diagnóstico de catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de la catatonía) puede utilizarse cuando se cumplen los criterios de la catatonía durante el curso de un trastorno del neurodesarrollo, psicótico, bipolar, depresivo o mental de otro tipo. Es apropiado utilizar el especificador de catatonía cuando el cuadro clínico se caracteriza por una alteración psicomotora marcada e incluye al menos tres de las 12 características diagnósticas enumeradas en el Criterio A. La catatonía se diagnostica normalmente en el entorno hospitalario y aparece hasta en el 35 % de los sujetos con esquizofrenia, pero la mayoría de los casos de catatonía se produce en individuos con trastornos depresivos o bipolares. Antes de utilizar el especificador de catatonía en los trastornos del neurodesarrollo, psicóticos, bipolares, depresivos y otros trastornos mentales, deben descartarse una amplia variedad de afecciones médicas; éstas son, entre otras, las afecciones médicas debidas a patologías infecciosas, metabólicas o neurológicas (véase "Trastorno catatónico debido a otra afección médica"). La catatonía también puede ser un efecto adverso de un medicamento (véase el capítulo "Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos"). Debido a la gravedad de las complicaciones, se debe prestar especial atención a la posibilidad de que la catatonía sea atribuible al 333.92 (G21.0) síndrome neuroléptico maligno.

Trastorno catatónico debido a otra afección médica

293.89 (F06.1)

A. El cuadro clínico está dominado por tres (o más) de los síntomas siguientes:
   1. Estupor (es decir, ausencia de actividad psicomotora; no relacionado activamente con el entorno).
   2. Catalepsia (es decir, inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad).
   3. Flexibilidad cérea (es decir, resistencia leve y constante al cambio de postura dirigida por el examinador).
   4. Mutismo (es decir, respuesta verbal ausente o escasa [**Nota:** no aplicable si existe afasia establecida]).
   5. Negativismo (es decir, oposición o ausencia de respuesta a instrucciones o estímulos externos).
   6. Adopción de una postura (es decir, mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad).
   7. Manierismo (es decir, caricatura extraña, circunstancial de acciones normales).
   8. Estereotipia (es decir, movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, no dirigidos a un objetivo).
   9. Agitación, no influida por estímulos externos.
   10. Muecas.
   11. Ecolalia (es decir, imitación del habla de otra persona).
   12. Ecopraxia (es decir, imitación de los movimientos de otra persona).

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., un episodio maníaco).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.89 [F06.1] trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática). La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno catatónico debido a la afección médica (p. ej., 572.2 [K71.90] encefalopatía hepática; 293.89 [F06.1] trastorno catatónico debido a encefalopatía hepática).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno catatónico debido a otra afección médica es la presencia de catatonía que se considera atribuible a los efectos fisiológicos de otra afección médica. La catatonía puede diagnosticarse por la presencia de al menos tres de las 12 características diagnósticas del Criterio A. Debe haber indicios, a partir de la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la catatonía es atribuible a otra afección médica (Criterio B). No se realiza este diagnóstico si la catatonía se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., un episodio maníaco) (Criterio C) o si aparece exclusivamente durante el curso de un delirium (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Diversas afecciones médicas pueden causar catatonía, en especial las patologías neurológicas (p. ej., neoplasias, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cerebrovascular, encefalitis) y metabólicas (p. ej., hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, cetoacidosis diabética). Los hallazgos de la exploración física, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio asociados son reflejo de los de la afección médica subyacente.

Diagnóstico diferencial

No se realiza el diagnóstico aparte de trastorno catatónico debido a otra afección médica si la catatonía aparece únicamente durante el curso de un delirium o de un síndrome neuroléptico maligno. Si el individuo está tomando medicación antipsicótica en ese momento, se debe considerar el trastorno motor inducido por medicamentos (p. ej., las posturas anómalas pueden deberse a una distonía aguda inducida por neurolépticos) o el síndrome neuroléptico maligno (p. ej., puede haber características de apariencia catatónica junto con alteraciones de las constantes vitales o los parámetros de laboratorio). Los síntomas catatónicos pueden presentarse en cualquiera de los cinco trastornos psicóticos siguientes: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. También pueden presentarse en algunos de los trastornos del neurodesarrollo, en todos los trastornos bipolares y depresivos, y en otros trastornos mentales.

Catatonía no especificada

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que los síntomas característicos de catatonía causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumplen todos los criterios de catatonía o no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Nota de codificación: Codificar en primer lugar **781.99 (R29.818)** otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético, y a continuación **293.89 (F06.1)** catatonía no especificada.

Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico

298.8 (F28)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría de otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Esto se hace registrando "otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico" y a continuación el motivo específico (p. ej., "alucinaciones auditivas persistentes").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Alucinaciones auditivas persistentes** que se producen en ausencia de cualquier otra característica.
2. **Delirios con episodios importantes del estado de ánimo superpuestos:** Incluye delirios persistentes con períodos de episodios del estado de ánimo superpuestos que están presentes durante una parte importante del trastorno delirante (de tal manera que no se cumple el criterio que estipula sólo una alteración breve del estado de ánimo en el trastorno delirante).
3. **Síndrome de psicosis atenuado:** Este síndrome se caracteriza por presentar síntomas parecidos a los psicóticos que están por debajo del umbral de la psicosis establecida (p. ej., los síntoma son menos graves y más transitorios y la introspección se mantiene relativamente).
4. **Síntomas delirantes en la pareja de un individuo con trastorno delirante:** En el contexto de una relación de pareja, el miembro dominante puede traspasar su delirio al otro, sin que por ello éste último deba cumplir de forma precisa los criterios del trastorno delirante.

Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico

298.9 (F29)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La categoría del trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

El trastorno bipolar y los trastornos relacionados están, en el DSM-5, separados de los trastornos depresivos y situados entre el capítulo dedicado al espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el dedicado a los trastornos depresivos, en reconocimiento de su condición de puente entre las dos clases diagnósticas en términos de sintomatología, historia familiar y genética. Los diagnósticos incluidos en este capítulo son los de trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar y relacionados inducido por sustancias/medicamentos, trastorno bipolar y trastornos relacionados debido a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, y trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado.

Los criterios del trastorno bipolar I representan la conceptualización moderna del clásico trastorno maníaco-depresivo o psicosis afectiva que se describió en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica sólo en que ni la psicosis, ni la experiencia de un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida son requisitos.

Sin embargo, la mayor parte de los individuos cuyos síntomas reúnen los criterios del episodio maníaco sindrómico completo también experimenta episodios depresivos mayores durante el curso de sus vidas.

El trastorno bipolar II, que requiere la presencia a lo largo de la vida de, al menos, un episodio de depresión mayor y, al menos, un episodio hipomaníaco, se ha dejado de considerar una afección "más leve" que el trastorno bipolar I, en gran parte por la cantidad de tiempo que los individuos con esta afección pasan con depresión y porque la inestabilidad del humor que experimentan se acompaña normalmente de un importante deterioro del funcionamiento laboral y social.

El diagnóstico de trastorno ciclotímico se realiza en los adultos que experimentan al menos 2 años (en niños, un año entero) de períodos tanto hipomaníacos como depresivos sin llegar a cumplir nunca los criterios del episodio de manía, hipomanía o depresión mayor.

Muchas sustancias de abuso, algunas medicaciones y varias afecciones médicas se pueden asociar a fenómenos similares a la manía. Este hecho se reconoce en los diagnósticos de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, y trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica.

El reconocimiento de que muchos individuos, en particular niños, y en menor medida adolescentes experimentan fenómenos similares a cuadros bipolares que no cumplen los criterios del trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico se refleja en la disponibilidad de la categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado. De hecho, en la Sección III se proporcionan criterios específicos para el trastorno de hipomanía de corta duración, con la esperanza de fomentar un mayor estudio de este trastorno.

Trastorno bipolar I

Criterios diagnósticos

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

<= Ir a la Clasificación

Episodio maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

   1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
   2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
   3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
   4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
   5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
   6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
   7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.
   Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Los Criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio hipomaníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

   1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
   2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
   3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
   4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
   5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
   6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
   7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).
   Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A–F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
   Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica

   1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
   2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
   3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.)
   4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
   5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
   6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
   7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
   8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
   9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I, pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de

tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.[1]

Trastorno bipolar I

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A–D en "Episodio maníaco" antes citados).
B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno bipolar I se basa en el tipo de episodio actual o más reciente, así como en la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio maníaco o de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo se indican si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Trastorno bipolar I	Episodio maníaco actual o más reciente	Episodio hipomaníaco* actual o más reciente	Episodio depresivo actual o más reciente	Episodio no especificado actual o más reciente**
Leve (pág. 154)	296.41 (F31.11)	ND	296.51 (F31.31)	ND
Moderado (pág. 154)	296.42 (F31.12)	ND	296.52 (F31.32)	ND
Grave (pág. 154)	296.43 (F31.13)	ND	296.53 (F31.4)	ND

[1] Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas; las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracterizan a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de inutilidad y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que, en un EDM, estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Trastorno bipolar I	Episodio maníaco actual o más reciente	Episodio hipomaníaco* actual o más reciente	Episodio depresivo actual o más reciente	Episodio no especificado actual o más reciente**
Con características psicóticas*** (pág. 152)	296.44 (F31.2)	ND	296.54 (F31.5)	ND
En remisión parcial (pág. 154)	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	ND
En remisión total (pág. 154)	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	ND
No especificado	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	ND

*No se aplican la gravedad y los especificadores psicóticos; el código 296.40 (F31.0) se usa para casos sin remisión.
**No se aplican la gravedad, los especificadores psicóticos ni los de remisión. Código 296.7 (F31.9).
***Si están presentes rasgos psicóticos, se codifica el especificador "con rasgos psicóticos" con independencia de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el siguiente orden: trastorno bipolar I, tipo de episodio actual o más reciente, especificadores de gravedad/psicóticos/ de remisión, y a continuación tantos especificadores sin código como correspondan al episodio actual o más reciente.

Especificar:

Con ansiedad (pág. 149)
Con características mixtas (págs. 149-150)
Con ciclos rápidos (págs. 150-151)
Con características melancólicas (pág. 151)
Con características atípicas (págs. 151-152)
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 152)
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 152)
Con catatonía (pág. 152). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1)
Con inicio en el periparto (págs. 152-153)
Con patrón estacional (págs. 153-154)

Características diagnósticas

El rasgo esencial de un episodio maníaco es un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal o persistente de la actividad o la energía que está presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 1 semana (o de cualquier duración si se requiere hospitalización), acompañado de al menos tres síntomas adicionales del Criterio B. Si el estado de ánimo es irritable más que elevado o expansivo, deben presentarse al menos cuatro síntomas del Criterio B.

El estado de ánimo en un episodio maníaco se suele describir como eufórico, excesivamente alegre, alto o "sintiéndose por encima del mundo". En algunos casos, el estado de ánimo es de tal manera contagioso que se reconoce fácilmente como excesivo y puede caracterizarse por un entusiasmo ilimitado y caótico en las relaciones interpersonales, sexuales u ocupacionales. Por ejemplo, el individuo puede comenzar de modo espontáneo largas conversaciones en público con extraños. Con frecuencia, el estado de ánimo predominante es más irritable que elevado, sobre todo cuando se niegan los deseos del individuo o si éste ha estado consumiendo sustancias. Pueden aparecer cambios rápidos en el estado de ánimo durante breves períodos de tiempo, lo que recibe el nombre de labilidad

(p. ej., la alternancia entre euforia, disforia e irritabilidad). En los niños, la alegría, la tontería y la "bobería" son normales en el contexto de circunstancias especiales; sin embargo, si estos síntomas son recurrentes, inapropiados para el contexto y van más allá de lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, deben cumplir el Criterio A. La certeza diagnóstica aumenta si la alegría no es normal para el niño (p. ej., diferente de la habitual) y el cambio del estado de ánimo ocurre al mismo tiempo que los síntomas que cumplen el Criterio B de manía; sin embargo, el cambio del estado de ánimo debe acompañarse de un aumento persistente en los niveles de actividad o energía que sea evidente para aquellos que conocen bien al niño.

Durante el episodio maníaco, el individuo puede implicarse en muchos proyectos nuevos y solapados. Los proyectos se inician habitualmente con poco conocimiento sobre la materia y parece que no hay nada que esté fuera del alcance del individuo. Los niveles elevados de actividad se pueden presentar a horas intempestivas del día.

Normalmente se encuentra una autoestima elevada que va desde la autoconfianza carente de crítica hasta una marcada grandiosidad que puede alcanzar dimensiones delirantes (Criterio B1). A pesar de no tener un talento especial o experiencia, el individuo se embarca en tareas complicadas, como escribir una novela o buscar publicidad para un invento inútil. Los delirios de grandeza (p. ej., sobre una relación especial con alguien famoso) son frecuentes. Los niños sobrestiman normalmente sus habilidades y están convencidos, por ejemplo, de que son los mejores en un deporte o los más listos de la clase; sin embargo, el criterio de grandiosidad se debería considerar satisfecho cuando ese convencimiento sigue presente a pesar de existir pruebas claras de lo contrario o si el niño intenta una hazaña que es claramente peligrosa y, lo que es más importante, si ésta representa un cambio en la conducta habitual del niño.

Uno de los rasgos más frecuentes es una menor necesidad de sueño (Criterio B2) que es distinta del insomnio, en el que el individuo quiere dormir o siente la necesidad de dormir pero no puede. El individuo duerme poco, si es que duerme, o se despierta varias horas antes de lo habitual, sintiéndose descansado y lleno de energía. Cuando la alteración del sueño es grave, el individuo puede estar varios días sin dormir y, sin embargo, no sentirse cansado. A menudo una menor necesidad de sueño avisa del comienzo de un episodio maníaco.

El lenguaje puede ser rápido, con apremio, chillón y difícil de interrumpir (Criterio B3). Los individuos pueden hablar continuamente y sin consideración hacia los deseos de hablar de los demás y habitualmente lo hacen de forma intrusiva o sin preocupación por las repercusiones de lo que ha dicho. El discurso se caracteriza, a veces, por chistes, juegos de palabras, irrelevancias divertidas y teatralidad, con manierismos dramáticos, cantos y gestos excesivos. La voz alta y el impacto de lo que se dice con frecuencia son más importantes que lo que se dice. Si el estado de ánimo es más irritable que expansivo, el discurso puede caracterizarse por quejas, comentarios hostiles o ataques de ira, sobre todo si se intenta interrumpir al individuo. Tanto los síntomas del Criterio A como los del Criterio B pueden acompañarse de síntomas del polo opuesto (p. ej., depresivo) (véase el especificador "con rasgos mixtos", págs. 149-150).

Los pensamientos del individuo van a menudo más rápido de lo que puede expresar verbalmente (Criterio B4). Con frecuencia hay fuga de ideas, que se evidencia por un flujo del discurso casi continuo y acelerado que repentinamente se desplaza de un tema a otro. Cuando la fuga de ideas es grave, el discurso se vuelve desorganizado, incoherente y, en particular, estresante para el individuo. A veces se experimenta que existe tal acumulación de pensamientos que es difícil expresarlos. La distraibilidad (Criterio B5) se evidencia por incapacidad para ignorar los estímulos ambientales externos (p. ej., la vestimenta del entrevistador, los ruidos o conversaciones de fondo, el mobiliario de la estancia), lo que impide a menudo que los sujetos con manía puedan mantener una conversación racional o atender a instrucciones.

El aumento de la actividad con fines concretos suele consistir en una excesiva planificación y participación en múltiples actividades, incluidas las actividades sexuales, ocupacionales, políticas y religiosas. Se produce un aumento del impulso sexual, de las fantasías y de las conductas sexuales. Los individuos con episodio maníaco presentan una mayor sociabilidad (p. ej., recuperan antiguos conocidos o llaman o contactan con amigos o incluso con extraños), sin importarles la naturaleza intrusiva, dominante y exigente de las relaciones. A menudo presentan agitación psicomotriz o inquietud (p. ej., actividad sin objetivo) al mantener múltiples conversaciones a la vez. Algunos indi-

viduos escriben demasiadas cartas o correos electrónicos, mensajes de texto, etc., a amigos, personajes públicos o medios de comunicación sobre muchos asuntos diferentes.

El criterio de aumento de la actividad puede ser difícil de reconocer en los niños; sin embargo, un niño que realiza muchas actividades a la vez, que comienza a idear planes elaborados y poco realistas sobre proyectos, y que desarrolla preocupaciones sexuales previamente ausentes e inadecuadas para su desarrollo (que no sean explicables por el abuso sexual o por la exposición a material de contenido sexual explícito) cumpliría el Criterio B sobre la base del juicio clínico. Es imprescindible determinar si la conducta supone un cambio respecto de la conducta habitual del niño, si ocurre la mayor parte del día, casi todos los días, para cumplir el requisito temporal, y si ocurre al mismo tiempo que otros síntomas de manía.

El humor expansivo, el exceso de optimismo, la grandiosidad y la falta de juicio a menudo llevan a realizar actividades imprudentes, como gastos excesivos, el regalo de las posesiones, la conducción temeraria, inversiones insensatas en negocios y una promiscuidad sexual que es inusual para el individuo, aunque estas actividades probablemente tengan repercusiones catastróficas (Criterio B7). El individuo puede comprar muchas cosas innecesarias sin tener dinero para pagarlas y, en algunos casos, las regala. La conducta sexual puede conllevar infidelidades o encuentros indiscriminados con extraños, a menudo sin considerar el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o sin tener en cuenta las consecuencias interpersonales.

El episodio maníaco puede suponer una marcada alteración del funcionamiento social u ocupacional o requerir hospitalización para prevenir que el individuo se haga daño a sí mismo o a los demás (p. ej., pérdidas financieras, actividades ilegales, pérdida del empleo, conducta autolítica). Por definición, la presencia de rasgos psicóticos durante un episodio maníaco también cumple el Criterio C.

Los síntomas maníacos o los síndromes que son atribuibles a los efectos fisiológicos de una droga de abuso (p. ej., en el contexto de una intoxicación por cocaína o por anfetaminas), a los efectos secundarios de medicaciones o tratamientos (p. ej., esteroides, L-dopa, antidepresivos, estimulantes), o a otras afecciones médicas no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar. Sin embargo, un episodio de síndrome maníaco completo que se presenta durante un tratamiento (p. ej., con medicaciones, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica), o el consumo de drogas, y que persiste más allá de los efectos fisiológicos del agente inductor (p. ej., después de que se elimine totalmente la medicación del organismo del individuo o cuando se hayan disipado completamente los efectos de la terapia electroconvulsiva) es suficiente evidencia para el diagnóstico de episodio maníaco (Criterio D). Hay que tener cuidado, ya que uno o dos síntomas (en particular el aumento de la irritabilidad, la crispación o la agitación tras el uso de antidepresivos) no son suficientes para el diagnóstico de un episodio maníaco o hipomaníaco, ni necesariamente indican que exista susceptibilidad para el trastorno bipolar. Es necesario reunir los criterios del episodio maníaco para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar I, pero no se requiere tener episodios hipomaníacos o depresivos. Sin embargo, pueden preceder o seguir a un episodio maníaco. La descripción completa de las características diagnósticas del episodio hipomaníaco puede encontrarse en el texto del trastorno bipolar II, y las características del episodio depresivo mayor se describen dentro del texto del trastorno depresivo mayor.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Durante los episodios maníacos, los pacientes no suelen percibir que están enfermos ni reconocer que necesitan tratamiento y se resisten de forma vehemente a recibirlo. Los pacientes suelen cambiar su forma de vestir, el maquillaje o la apariencia personal por un estilo más llamativo o sugerente desde el punto de vista sexual. A algunos pacientes se les agudiza el sentido del olfato, del oído o de la vista. Los episodios maníacos también pueden acompañarse de juego patológico o conductas antisociales. Algunos pacientes pueden ponerse agresivos y proferir amenazas físicas; si están delirantes, pueden atacar físicamente a otras personas o suicidarse. Como consecuencia de la capacidad de juicio empobrecida, de la escasa conciencia de enfermedad y de la hiperactividad, el episodio maníaco puede tener consecuencias catastróficas (p. ej., hospitalización involuntaria, problemas legales, problemas financieros serios). El estado de ánimo puede variar muy rápidamente hacia el enfado o hacia la depresión. Durante los episodios maníacos pueden aparecer síntomas depresivos que duran momentos, horas o, más raramente, días (véase el especificador "con rasgos mixtos", págs. 149-150).

Prevalencia

La estimación de la prevalencia durante 12 meses en la zona continental de Estados Unidos fue del 0,6 % para el trastorno bipolar I según lo define el DSM-IV. La prevalencia durante 12 meses del trastorno bipolar I en 11 países fue del 0 al 0,6 %. La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de los hombres respecto a las mujeres es de aproximadamente 1,1:1.

Desarrollo y curso

La edad media de comienzo del primer episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor es aproximadamente de 18 años para el trastorno bipolar I. Hay que hacer algunas consideraciones especiales para realizar el diagnóstico en los niños. Es difícil definir con precisión lo que es "normal" o lo que se "espera" en un niño a una determinada edad, ya que los niños de una misma edad cronológica pueden encontrarse en diferentes estadios de desarrollo. Por lo tanto, se debería considerar cada niño de acuerdo con su propia situación basal. El comienzo del trastorno puede ser a lo largo de todo el ciclo vital, incluso con cuadros iniciales a los 60 o a los 70 años. Si el comienzo de los síntomas maníacos (p. ej., la desinhibición sexual o social) se produce en la edad adulta tardía o en la tercera edad, se debería considerar la posibilidad de una enfermedad orgánica (p. ej., trastorno neurocognitivo frontotemporal) o el consumo o abstinencia de alguna sustancia.

Más del 90 % de los pacientes que tienen un único episodio maníaco vuelve a tener episodios recurrentes. Aproximadamente el 60 % de los episodios maníacos ocurre inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor. A los pacientes con trastorno bipolar I que tienen múltiples (cuatro o más) episodios (de depresión mayor, manía o hipomanía) en un año se les aplicaría el especificador "con ciclos rápidos".

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno bipolar es más frecuente en los países ricos que en los países pobres (1,4 *vs.* 0,7 %). Existen mayores tasas de trastorno bipolar I entre los separados, divorciados y viudos que entre las personas casadas y las que nunca lo han estado, aunque no está clara la tendencia de la asociación.

Genéticos y fisiológicos. Una historia familiar de trastorno bipolar es uno de los factores de riesgo más sólidos y sistemáticos del trastorno bipolar. Existe un riesgo promedio 10 veces superior entre los familiares adultos de los pacientes con trastorno bipolar I y II. La magnitud del riesgo aumenta con el grado de parentesco. La esquizofrenia y el trastorno bipolar probablemente comparten un origen genético, que se refleja en la agregación familiar de la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Modificadores del curso. Si un individuo ha tenido un episodio maníaco con rasgos psicóticos, es más probable que los siguientes episodios incluyan rasgos psicóticos. La recuperación interepisódica incompleta es más frecuente si el episodio actual se acompaña de rasgos psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Hay poca información sobre las diferencias culturales específicas en la presentación del trastorno bipolar I. Una posible explicación podría ser que los instrumentos diagnósticos con frecuencia se traducen y se aplican en las diferentes culturas sin una validación transcultural. En un estudio estadounidense se apreció que la prevalencia de 12 meses del trastorno bipolar era significativamente inferior en los afrocaribeños que en los afroamericanos o en los blancos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres presentan con más probabilidad ciclos rápidos y estados mixtos, y tienen patrones de comorbilidad que difieren de los de los hombres: por ejemplo, tienen mayores tasas de trastornos de la conducta alimentaria a lo largo de la vida. Las mujeres con trastorno bipolar I o II presentan síntomas depresivos con mayor probabilidad que los hombres. También tienen mayor riesgo que los hombres de presentar a lo largo de la vida un trastorno por consumo de alcohol y muchas más probabilidades de sufrir dicho trastorno por consumo de alcohol que las mujeres de la población general.

Riesgo de suicidio

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de los pacientes con trastorno bipolar es 15 veces superior al de la población general. De hecho, el trastorno bipolar supone un cuarto de todos los suicidios consumados. La historia previa de intentos de suicidio y el porcentaje de días con depresión en el último año se asocian a un mayor riesgo de intentos de suicidio o suicidios consumados.

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar I

Aunque muchos individuos con trastorno bipolar recuperan un nivel funcional completo entre los episodios, aproximadamente un 30 % presenta una alteración grave de la función en el ámbito laboral. La recuperación funcional es más tardía que la sintomática, especialmente la ocupacional, lo que hace que, a igualdad de nivel educativo, el nivel socioeconómico sea menor que entre la población general. Los pacientes con trastorno bipolar I realizan peor los tests cognitivos que los sujetos sanos. Las alteraciones cognitivas pueden contribuir a que se produzcan dificultades vocacionales e interpersonales y persisten a lo largo de la vida, incluso durante los períodos eutímicos.

Diagnóstico diferencial

Episodio depresivo mayor. Un episodio depresivo mayor puede acompañarse de síntomas hipomaníacos o maníacos (p. ej., menos síntomas y de menor duración que los requeridos para el diagnóstico de manía o hipomanía). Cuando el paciente presenta un episodio de depresión mayor, se debe tener en cuenta si el individuo ha sufrido en el pasado episodios de manía o de hipomanía. Los síntomas de irritabilidad pueden presentarse tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno bipolar, lo que añade complejidad al diagnóstico.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico de trastorno bipolar I se diferencia del de trastorno bipolar II determinando si han existido episodios de manía en el pasado. El diagnóstico de otros trastornos bipolares especificados o sin especificar y trastornos relacionados debería diferenciarse del de trastorno bipolar I o II averiguando si los episodios con síntomas maníacos o hipomaníacos o los episodios con síntomas depresivos no reúnen todos los criterios de esos trastornos.

El trastorno bipolar debido a otra afección médica puede distinguirse de los trastornos bipolares I y II al identificar, basándose en los mejores datos clínicos posibles, una afección médica relacionada de modo causal.

Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático u otros trastornos de ansiedad. Es necesario considerar estos trastornos en el diagnóstico diferencial, ya sea como trastorno primario o, en algunos casos, como trastorno comórbido. Es preciso realizar una historia cuidadosa de los síntomas para diferenciar el trastorno de ansiedad generalizada del trastorno bipolar, ya que las rumiaciones ansiosas pueden confundirse con la aceleración del pensamiento, y los esfuerzos por minimizar los sentimientos de ansiedad pueden entenderse como conductas impulsivas. De igual modo, los síntomas de estrés postraumático tienen que diferenciarse del trastorno bipolar. Al realizar el diagnóstico diferencial, puede ser de gran ayuda evaluar la naturaleza episódica de los síntomas, así como considerar sus factores precipitantes.

Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos. Los trastornos por uso de sustancias se pueden manifestar con síntomas maníacos que están inducidos por sustancias/medicamentos y deben diferenciarse del trastorno bipolar I; la respuesta a los estabilizadores del humor durante la manía inducida por sustancias/medicamentos no necesariamente supone un diagnóstico de trastorno bipolar. Puede existir solapamiento, dada la tendencia que tienen los pacientes con trastorno bipolar I a abusar de sustancias durante los episodios. El diagnóstico primario de trastorno bipolar debe realizarse si los síntomas permanecen una vez que cesa el consumo de las sustancias.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Este trastorno puede confundirse con el trastorno bipolar, especialmente en los niños y en los adolescentes. Muchos síntomas se solapan con los

síntomas de manía: por ejemplo, la verborrea, la aceleración del pensamiento, la distraibilidad y la menor necesidad de sueño. Se podría evitar la "doble contabilidad " de los síntomas, tanto en el TDAH como en el trastorno bipolar, si el clínico clarifica si dichos síntomas suponen un episodio diferente.

Trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad, pueden tener un solapamiento importante de síntomas con los trastornos bipolares, ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos. Los síntomas deben suponer un episodio diferente y debe observarse el incremento apreciable que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad durante un episodio afectivo sin tratar.

Trastornos con irritabilidad prominente. En los individuos con irritabilidad marcada, en particular los niños y los adolescentes, hay que tener cuidado y aplicar el diagnóstico de trastorno bipolar sólo a aquellos que hayan presentado un episodio claro de manía o hipomanía (esto es, un período de tiempo diferente, con la duración requerida, durante el cual la irritabilidad haya sido claramente diferente de la habitual del sujeto y que se ha acompañado del inicio de los síntomas del Criterio B). Cuando en un niño persiste la irritabilidad y es particularmente grave, sería más apropiado realizar el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. De hecho, cuando se está evaluando un niño de manía es esencial que los síntomas supongan un cambio claro respecto a la conducta típica del menor.

Comorbilidad

La concurrencia de trastornos mentales es frecuente, siendo los trastornos más frecuentes los de ansiedad (p. ej., ataques de pánico, trastorno de ansiedad social [fobia social], fobia específica), y afecta aproximadamente a las tres cuartas partes de estos pacientes; más de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar I presenta TDAH, trastorno de conducta disruptiva o impulsiva, cualquier trastorno de conducta (p. ej., trastorno explosivo intermitente, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta) o cualquiera de los trastornos por uso de sustancias (p. ej., trastorno por consumo de alcohol). Los adultos con trastorno bipolar I tienen tasas más altas de afecciones médicas concomitantes graves o sin tratar.

El síndrome metabólico y la migraña son más frecuentes en los pacientes con trastorno bipolar que entre la población general. Más de la mitad de los pacientes que reúnen criterios para el diagnóstico de trastorno bipolar tienen un trastorno por consumo de alcohol, y los que presentan ambos trastornos tienen mayor riesgo de realizar intentos de suicidio.

Trastorno bipolar II

Criterios diagnósticos 296.89 (F31.81)

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaníaco actual o pasado *y* los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado:

Episodio hipomaníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).
Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva), pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento, es prueba suficiente de un episodio hipomaníaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaníaco, ni indican necesariamente una diátesis bipolar.

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C anteriores constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso descritas en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser incomprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.[1]

Trastorno bipolar II

A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaníaco (Criterios A–F en "Episodio hipomaníaco" antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A–C en "Episodio de depresión mayor" antes citado).
B. Nunca ha habido un episodio maníaco.
C. La aparición del episodio(s) hipomaníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Procedimientos de codificación y registro

El trastorno bipolar II tiene un código diagnóstico: 296.89 (F31.81). Su gravedad actual, la presencia de características psicóticas, el curso y otros especificadores no se pueden codificar, pero deberían indicarse por escrito (p. ej., 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con características mixtas; 296.89 [F31.81] trastorno bipolar II, episodio depresivo más frecuente, en remisión parcial).

Especificar el episodio actual o más reciente:

Hipomaníaco

Depresivo

Especificar si:

Con ansiedad (pág. 149)

Con características mixtas (págs. 149–150)

---

[1] Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse con pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones y humor positivos que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima está por lo general conservada, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de inutilidad y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa sobre la muerte y el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Con ciclos rápidos (págs. 150-151)
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 152)
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 152)
Con catatonía (pág. 152). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).
Con inicio en el periparto (págs. 152–153)
Con patrón estacional (págs. 153–154): Sólo se aplica al patrón de episodios de depresión mayor.

Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:
En remisión parcial (pág. 154)
En remisión total (pág. 154)

Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo:
Leve (pág. 154)
Moderado (pág. 154)
Grave (pág. 154)

Características diagnósticas

El trastorno bipolar II se caracteriza por un curso clínico con episodios afectivos recurrentes consistentes en uno o más episodios de depresión mayor (Criterios A–C en "Episodio de depresión mayor") y, al menos, un episodio hipomaníaco (Criterios A–F en "Episodio hipomaníaco"). El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas y el episodio hipomaníaco debe durar al menos 4 días para que se cumplan los criterios diagnósticos. Durante el episodio afectivo, los síntomas requeridos para el diagnóstico deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, y deben suponer un cambio apreciable del funcionamiento y la conducta habituales del sujeto. La presencia de un episodio maníaco durante el curso de la enfermedad descarta el diagnóstico de trastorno bipolar II (Criterio B en "Trastorno bipolar II"). Los episodios de trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, de trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados (que suponen los efectos fisiológicos de una medicación, de otro tratamiento somático para la depresión, de una droga de abuso o de la exposición a tóxicos), de trastorno depresivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, o de trastorno bipolar o trastornos relacionados debidos a otra afección médica no cuentan para el diagnóstico de trastorno bipolar II a menos que persistan más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento o la sustancia y si se cumple el criterio de duración del episodio. Además, los episodios no pueden explicarse mejor mediante el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos al diagnóstico de esquizofrenia, de trastorno esquizofreniforme, de trastorno delirante o de otros trastornos especificados o sin especificar del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Criterio C en "Trastorno bipolar II"). Los episodios depresivos o las fluctuaciones hipomaníacas deben causar un malestar clínicamente significativo o una alteración del rendimiento social, laboral o en otras áreas (Criterio D en "Trastorno bipolar II"); sin embargo, este requisito no se tiene que cumplir para los episodios hipomaníacos. Un episodio hipomaníaco que causara una alteración significativa reuniría probablemente más condiciones para el diagnóstico de episodio maníaco y, por tanto, para el diagnóstico de trastorno bipolar I. Los episodios depresivos mayores recurrentes son más frecuentes y más prolongados que los que aparecen en el trastorno bipolar I.

Los pacientes con trastorno bipolar II normalmente acuden al facultativo durante un episodio depresivo mayor y es poco probable que se quejen inicialmente de síntomas de hipomanía. Normalmente, los episodios hipomaníacos no causan por sí mismos disfunción. En cambio, la disfunción es consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón persistente de cambios impredecibles y fluctuantes del estado de ánimo y de un patrón de relaciones interpersonales o laborales poco fiables. Los pacientes con trastorno bipolar II puede que no vean los episodios hipomaníacos como patológicos o desfavorables, aunque el comportamiento errático del individuo pueda molestar a otras personas.

Con frecuencia es útil la información clínica que aportan otros informantes, como amigos cercanos o familiares, para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II.

No debería confundirse el episodio hipomaníaco con los días de eutimia con recuperación de la energía o la actividad que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. A pesar de las diferencias sustanciales de duración y gravedad entre un episodio maníaco y uno hipomaníaco, el trastorno bipolar II no es una forma leve de trastorno bipolar I. En comparación con los pacientes con trastorno bipolar I, los pacientes con trastorno bipolar II presentan mayor cronicidad y pasan, de promedio, más tiempo en la fase depresiva de su enfermedad, lo que puede resultar grave y discapacitante. En las personas con trastorno bipolar II, sobre todo en las mujeres, son frecuentes los síntomas depresivos que aparecen durante los episodios hipomaníacos y los síntomas hipomaníacos que se presentan durante los episodios depresivos, concretamente la hipomanía con rasgos mixtos. Los pacientes que presentan hipomanía con rasgos mixtos puede que no reconozcan sus síntomas como de hipomanía. En vez de ello, los experimentan como una depresión con aumento de energía o irritabilidad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Un rasgo común del trastorno bipolar II es la impulsividad, que puede contribuir a los intentos de suicidio y a los trastornos por consumo de sustancias. La impulsividad también puede provenir de un trastorno concomitante de la personalidad, de un trastorno por consumo de sustancias, de un trastorno de ansiedad, de otro trastorno mental o de una afección médica. Algunos individuos con trastorno bipolar pueden tener niveles de creatividad elevados. Sin embargo, la relación podría no ser lineal; es decir, se han asociado grandes logros creativos a lo largo de la vida a formas leves de trastorno bipolar y se han encontrado aumentos de la creatividad en familiares no afectos de pacientes con trastorno bipolar. Los niveles elevados de creatividad durante los episodios hipomaníacos pueden generar ambivalencia respecto a la búsqueda de tratamiento o comprometer la observancia del mismo.

Prevalencia

La prevalencia durante 12 meses del trastorno bipolar II, a nivel internacional, es del 0,3 %. En Estados Unidos, la prevalencia durante 12 meses es del 0,8 %. La tasa de prevalencia del trastorno bipolar II pediátrico es difícil de establecer. La prevalencia combinada de los trastornos bipolar I, bipolar II y bipolar sin especificar según el DSM-IV es del 1,8 % en Estados Unidos y en las muestras comunitarias no estadounidenses, con tasas mayores (2,7 %) en los jóvenes de 12 o más años de edad.

Desarrollo y curso

Aunque el trastorno bipolar II puede iniciarse en la adolescencia tardía y a lo largo de la edad adulta, la edad media de comienzo es hacia la mitad de la veintena, lo que significa que es ligeramente más tardío que el trastorno bipolar I pero más temprano que el trastorno depresivo mayor. La enfermedad suele iniciarse con un episodio depresivo y no se reconoce como trastorno bipolar II hasta que aparece un episodio hipomaníaco; esto ocurre en alrededor del 12 % de los pacientes con diagnóstico inicial de trastorno depresivo mayor. Pueden preceder al diagnóstico la ansiedad, el abuso de sustancias y los trastornos de conducta alimentaria, lo que complica su detección. Muchos pacientes presentan varios episodios de depresión mayor antes del primer episodio de hipomanía.

El número de episodios a lo largo de la vida (tanto de hipomanía como de depresión mayor) tiende a ser superior en el trastorno bipolar II que en el trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar I. Sin embargo, los pacientes con trastorno bipolar I experimentan síntomas hipomaníacos con mayor probabilidad que los pacientes con trastorno bipolar II. El intervalo interepisódico en el curso del trastorno bipolar II tiende a disminuir con la edad. Aunque el episodio hipomaníaco es el rasgo que define al trastorno bipolar II, los episodios depresivos son más duraderos y discapacitantes a la larga. A pesar del predominio de la depresión, una vez que ha aparecido un episodio hipomaníaco se debería realizar el diagnóstico de trastorno bipolar II y no volver nunca al diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Aproximadamente un 5-15 % de los pacientes con trastorno bipolar II tiene varios (cuatro o más) episodios afectivos (hipomaníacos o de depresión mayor) en los 12 meses previos. Si se presenta

este patrón, se debe indicar con el especificador "con ciclos rápidos". Por definición, en los episodios hipomaníacos no aparecen síntomas psicóticos y éstos parecen ser menos frecuentes durante los episodios depresivos del trastorno bipolar II que en los del trastorno bipolar I.

Los episodios depresivos pueden convertirse en episodios maníacos o hipomaníacos (con o sin rasgos mixtos) de modo espontáneo o durante el tratamiento de la depresión. Alrededor de un 5-15 % de los pacientes con trastorno bipolar II va a desarrollar un episodio maníaco, debiéndose cambiar el diagnóstico a trastorno bipolar I con independencia del curso posterior.

El diagnóstico en los niños es a menudo un reto, especialmente en aquéllos con irritabilidad e hiperactivación *no episódicas* (p. ej., sin períodos bien definidos de humor alterado). La irritabilidad no episódica en los jóvenes se asocia a un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y de trastorno depresivo mayor en la edad adulta, pero no de trastorno bipolar. Los jóvenes con irritabilidad persistente tienen menores tasas familiares de trastorno bipolar que los jóvenes con trastorno bipolar. Para que se diagnostique un episodio hipomaníaco, los síntomas del niño deben exceder lo esperado para su fase de desarrollo en cada ambiente y cultura. En comparación con el inicio del trastorno bipolar II en los adultos, en los niños y en los adolescentes, el inicio del trastorno puede asociarse a una evolución más grave a lo largo de la vida. La tasa de incidencia del trastorno bipolar a los 3 años en los pacientes mayores de 60 años es del 0,34 %. Sin embargo, en los individuos mayores de 60 años no parece tener utilidad clínica la diferenciación entre el comienzo temprano o tardío del trastorno bipolar.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El riesgo de trastorno bipolar II tiende a ser mayor entre los familiares de los pacientes con trastorno bipolar II, a diferencia de lo que ocurre en los pacientes con trastorno bipolar I o con trastorno depresivo mayor. Parecen existir factores genéticos que influyen sobre la edad de inicio de los trastornos bipolares.

Modificadores de curso. El patrón de ciclos rápidos se asocia a un peor pronóstico. En los pacientes con trastorno bipolar II, la vuelta a los niveles anteriores de funcionamiento social es más probable en los sujetos de menor edad y con depresión menos grave, lo que sugiere que la mayor duración de la enfermedad influye negativamente en la recuperación. En los pacientes con trastorno bipolar, una mayor educación, menos años de enfermedad y estar casado son factores que se asocian de forma independiente con la recuperación funcional, incluso después de ajustar el tipo de diagnóstico (I o II), los síntomas depresivos actuales y la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Mientras que la proporción de géneros es igual en el trastorno bipolar I, en el trastorno bipolar II los hallazgos en este sentido son heterogéneos, con diferencias en función del tipo de muestra (p. ej., de registro, comunitaria, clínica) y del país de origen. Existen pocos indicios, si los hay, de que haya diferencias de género en el tratorno bipolar, aunque algunas muestras clínicas, pero no todas, indican que el trastorno bipolar II es más frecuente en las mujeres que en los hombres, lo que sugiere que existen diferencias de género en la búsqueda de tratamiento o en otros factores.

Sin embargo, los patrones de enfermedad y la comorbilidad parecen diferir por género, presentando las mujeres, con mayor probabilidad que los hombres, hipomanía con rasgos depresivos mixtos y un curso con ciclos rápidos. El parto puede ser el desencadenante específico de un episodio hipomaníaco, lo que puede ocurrir en el 10-20 % de las mujeres en las poblaciones no clínicas y más típicamente en la fase inicial del posparto. Puede ser complicado distinguir la hipomanía del humor elevado y del sueño reducido que normalmente acompañan al nacimiento de un bebé. La hipomanía posparto puede presagiar el comienzo de una depresión, que ocurre en aproximadamente la mitad de las mujeres que presentan "subidas" después del parto. Una detección precisa del trastorno bipolar II podría ayudar a establecer el tratamiento apropiado de la depresión, lo que reduciría el riesgo de suicidio e infanticidio.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es mayor en el trastorno bipolar II. Aproximadamente, un tercio de los pacientes con trastorno bipolar II refiere antecedentes de intento de suicidio. Las tasas de prevalencia del intento de suicidio en el trastorno bipolar II y en el trastorno bipolar I a lo largo de la vida parecen similares (32,4 % y 36,3 %, respectivamente). Sin embargo, la letalidad de los intentos, definida por una menor tasa de intentos con respecto a los suicidios consumados, es mayor en los pacientes con trastorno bipolar II que en los pacientes con trastorno bipolar I. Puede existir una asociación entre los marcadores genéticos y el aumento del riesgo de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar, incluido un riesgo de suicidio que se multiplica por 6,5 entre los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno bipolar II en comparación el trastorno bipolar I.

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar II

Aunque muchos pacientes con trastorno bipolar II vuelven a un nivel completo de funcionamiento entre los episodios afectivos, al menos un 15 % continúa con algún tipo de disfunción entre los episodios y un 20 % entra directamente en otro episodio afectivo sin recuperación interepisódica. La recuperación funcional se retrasa sustancialmente respecto a la recuperación de los síntomas del trastorno bipolar, especialmente en relación con la recuperación ocupacional, lo que tiene como consecuencia un menor estatus socioeconómico a pesar de tener el mismo nivel educativo en comparación con la población general. Los pacientes con trastorno bipolar II realizan los tests cognitivos peor que los individuos sanos, con la excepción de los de memoria y de fluidez semántica, y tienen un deterioro cognitivo similar al de los pacientes con trastorno bipolar I. Las alteraciones cognitivas presentes en el trastorno bipolar II pueden contribuir a generar problemas vocacionales. El desempleo prolongado en los pacientes con trastorno bipolar se asocia a más episodios de depresión, a una edad más avanzada, a un aumento de las tasas actuales del trastorno de pánico y a antecedentes de trastorno por abuso de alcohol a lo largo de la vida.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Quizás el diagnóstico diferencial más complicado sea con el trastorno depresivo mayor, que puede acompañarse de síntomas hipomaníacos o maníacos que no reúnen todos los criterios (p. ej., menos síntomas o una menor duración que la requerida para un episodio hipomaníaco). Esto es especialmente importante al evaluar pacientes con síntomas de irritabilidad, que se pueden asociar al trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico. En el trastorno ciclotímico hay bastantes períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos que no reúnen los criterios sintomáticos o de la duración del episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios de depresión mayor. Si apareciera un episodio depresivo mayor tras los primeros dos años de un trastorno ciclotímico, se realizaría el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El trastorno bipolar II debe distinguirse de los trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante). La esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante se caracterizan por períodos de síntomas psicóticos que aparecen en ausencia de síntomas afectivos prominentes. Otras consideraciones que pueden ser útiles hacen referencia a los síntomas acompañantes, el curso previo y la historia familiar.

Trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. En el diagnóstico diferencial se deben considerar los trastornos de ansiedad, que a menudo se presentan de modo concomitante.

Trastornos por abuso de sustancias. Los trastornos por abuso de sustancias se incluyen en el diagnóstico diferencial.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede confundirse con el trastorno bipolar II, especialmente en los niños y en los ado-

lescentes. Muchos síntomas del TDAH, como la verborrea, la aceleración del pensamiento, la distraibilidad y la menor necesidad de sueño, se solapan con los síntomas de hipomanía. Se podría evitar la "doble contabilidad" de los síntomas, tanto del TDAH como del trastorno bipolar II, si el clínico clarifica si los síntomas suponen o no un episodio diferente y si existe o no el aumento apreciable del estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos de personalidad. El mismo convenio que se aplica para el TDAH también es válido cuando se evalúa a un paciente con trastorno de la personalidad, ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son tan frecuentes en los trastornos de la personalidad como en el trastorno bipolar II. Los síntomas deben suponer un episodio diferente y debe existir el incremento apreciable sobre el estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad durante un episodio afectivo sin tratar, a menos que la historia vitalicia avale la presencia de un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico de trastorno bipolar II se debería diferenciar del trastorno bipolar I considerando con cuidado si han existido en el pasado episodios de manía, de otros trastornos bipolares, especificados o sin especificar, o de otros trastornos relacionados, y confirmando la presencia de un síndrome completo de hipomanía y de depresión.

Comorbilidad

El trastorno bipolar II se presenta habitualmente asociado a uno o más trastornos mentales, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes. Aproximadamente el 60 % de los pacientes con trastorno bipolar II presenta al mismo tiempo tres o más trastornos mentales, el 75 % tiene un trastorno de ansiedad y el 37 % tiene un trastorno por abuso de sustancias. Los niños y los adolescentes con trastorno bipolar II tienen mayor riesgo de presentar al mismo tiempo trastornos de ansiedad que los pacientes con trastorno bipolar I, y el trastorno de ansiedad a menudo precede al trastorno bipolar. La ansiedad y el trastorno por abuso de sustancias aparecen con mayor frecuencia en los pacientes con trastorno bipolar II que entre la población general. Aproximadamente el 14 % de los pacientes con trastorno bipolar II tiene a lo largo de su vida al menos un trastorno de la conducta alimentaria, siendo el trastorno por atracones más frecuente que la bulimia y que la anorexia nerviosa. Estos trastornos concomitantes no parecen seguir un curso independiente al del trastorno bipolar, sino que, por el contrario, mantienen una importante asociación con los estados afectivos. Por ejemplo, la ansiedad y los trastornos de ansiedad tienden a asociarse, sobre todo, a los síntomas depresivos, y los trastornos por abuso de sustancias se asocian moderadamente a los síntomas maníacos.

Trastorno ciclotímico

Criterios diagnósticos 301.13 (F34.0)

A. Durante dos años como mínimo (al menos un año en niños y adolescentes) han existido numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco, y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.
B. Durante el período de dos años citado anteriormente (un año en niños y adolescentes), los períodos hipomaníacos y depresivos han estado presentes al menos la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.
C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.
D. Los síntomas del Criterio A no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con ansiedad (véase pág. 149)

Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno ciclotímico es una alteración crónica y fluctuante del estado de ánimo que conlleva numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos que son distintos entre sí (Criterio A). Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio hipomaníaco, y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, generalización o duración para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor. Durante los dos primeros años (un año en el caso de los niños o los adolescentes), los síntomas deben ser persistentes (presentes la mayor parte de los días), y ningún intervalo libre de síntomas debe durar más de dos meses (Criterio B). Se realiza el diagnóstico de trastorno ciclotímico sólo si no se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco (Criterio C). Si un paciente con trastorno ciclotímico presenta posteriormente (p. ej., tras los dos primeros años en los adultos o un año en los niños y los adolescentes) un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, se cambia el diagnóstico por el de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I u otro trastorno bipolar especificado o sin especificar y trastornos relacionados (subclasificado como episodio hipomaníaco sin episodio depresivo mayor anterior), respectivamente, y se descarta el diagnóstico de trastorno ciclotímico.

No se debe diagnosticar el trastorno ciclotímico si el patrón de los cambios de humor se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado o sin especificar o por otros trastornos psicóticos (Criterio D), en cuyo caso los síntomas afectivos se considerarían rasgos asociados al trastorno psicótico. Además, no se debería poder atribuir la alteración del estado de ánimo a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo) (Criterio E). Aunque algunos pacientes puedan tener una funcionalidad preservada durante algunos períodos de hipomanía, debería haber, a lo largo del curso del trastorno, una alteración o afectación clínicamente significativa en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento como resultado de la alteración del estado de ánimo (Criterio F). El deterioro se desarrolla como resultado de los períodos prolongados de cambios de humor cíclicos y a menudo impredecibles (p. ej., se le considera al sujeto temperamental, de carácter variable, impredecible, incoherente o poco fiable).

Prevalencia

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno ciclotímico es de aproximadamente el 0,4-1 %. La prevalencia dentro de los trastornos del humor oscila entre el 3 y el 5 %. En la población general, el trastorno ciclotímico es igualmente frecuente en los hombres que en las mujeres. En los ambientes clínicos es más probable que acudan a tratamiento las mujeres con trastorno ciclotímico que los hombres.

Desarrollo y curso

El trastorno ciclotímico comienza normalmente en la adolescencia o en la edad adulta temprana y a veces se considera que refleja una predisposición temperamental hacia otros trastornos de este capítulo. El comienzo del trastorno ciclotímico suele ser insidioso, y el curso es persistente. Existe un riesgo del 15-50 % de que un paciente con trastorno ciclotímico desarrolle posteriormente un trastorno bipolar I o bipolar II. Si el comienzo de los síntomas hipomaníacos o depresivos, que son persistentes y fluctuantes, se produce en la edad adulta tardía, antes de asignar el diagnóstico de tras-

torno ciclotímico será necesario distinguirlo claramente del trastorno bipolar y de los trastornos relacionados debidos a otra afección médica (p. ej., la esclerosis múltiple). En los niños con trastorno ciclotímico, la edad promedio de inicio son los 6 años y medio.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II son más frecuentes entre los familiares biológicos de primer grado de los pacientes con trastorno ciclotímico que entre la población general.

Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar y trastornos relacionados debidos a otra afección médica y trastorno depresivo debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno bipolar y trastornos relacionados debidos a otra afección médica y trastorno depresivo debido a otra afección médica se realiza cuando la alteración del ánimo es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección médica específica, normalmente crónica (p. ej., el hipertiroidismo). Esta atribución se basa en la historia clínica, el examen físico o los hallazgos de laboratorio. Si se considera que los síntomas hipomaníacos o depresivos no son consecuencia fisiológica de la afección médica, entonces se codifica tanto el trastorno mental primario (p. ej., el trastorno ciclotímico) como la afección médica. Por ejemplo, éste sería el caso si los síntomas afectivos fueran la consecuencia psicológica (y no fisiológica) de una afección médica crónica o si no hubiera relación etiológica entre los síntomas hipomaníacos o los depresivos y la afección médica.

Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados, y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados, y el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distinguen del trastorno ciclotímico al valorar que existe una sustancia/medicamento (especialmente los estimulantes) que está relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo. Los frecuentes cambios de humor de estos trastornos, que sugieren un trastorno ciclotímico, normalmente desaparecen tras el cese del uso de la sustancia/medicamento.

Trastorno bipolar I, con ciclos rápidos, y trastorno bipolar II, con ciclos rápidos. Ambos trastornos pueden asemejarse al trastorno ciclotímico debido a los frecuentes y marcados cambios de humor. Por definición, en el trastorno ciclotímico nunca llegan a cumplirse los criterios de un episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco, mientras que el especificador "con ciclos rápidos" de los trastornos bipolar I y bipolar II requiere que haya un episodio completo de alteración del estado de ánimo.

Trastorno límite de la personalidad. El trastorno límite de la personalidad se asocia a cambios marcados del ánimo, lo que puede sugerir un trastorno ciclotímico. Si se reúnen los criterios de ambos trastornos, se deberían diagnosticar tanto el trastorno límite de la personalidad como el trastorno ciclotímico.

Comorbilidad

Los pacientes con trastorno ciclotímico pueden presentar trastornos relacionados con el uso de sustancias y trastornos del sueño (p. ej., dificultades para iniciar o mantener el sueño). La mayoría de los niños con trastorno ciclotímico que son atendidos en las consultas de psiquiatría tiene trastornos mentales comórbidos; es más probable que tengan comorbilidad con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad que otros pacientes pediátricos con trastornos mentales.

Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

A. Una alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo deprimido, o disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
   1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos. La evidencia de un trastorno bipolar independiente puede incluir lo siguiente:

   Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas de la existencia de un trastorno bipolar o un trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos)

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para el trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1," y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes del trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2," y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9," y el clínico sólo hará constar el trastorno bipolar y el trastorno relacionado inducido por sustancia.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas del estado de ánimo bipolar. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona) se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de esa sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas irritables que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.84 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por cocaína con inicio durante la intoxicación. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas del estado de ánimo bipolar, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., 292.84 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; 292.84 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas del estado de ánimo bipolar. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de la sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del trastorno

bipolar y relacionado inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de los síntomas irritables que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno grave inducido por consumo de cocaína con trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido, por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno bipolar y relacionado inducido por sustancias se producen sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F15.94 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por anfetamina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel importante en el desarrollo de síntomas del estado de ánimo bipolar, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; F19.94 trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

Características diagnósticas

Los rasgos diagnósticos del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos son esencialmente los mismos que los de la manía, la hipomanía y la depresión. Una excepción al diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos es el caso de la hipomanía o manía que ocurre tras el uso de una medicación antidepresiva u otros tratamientos y que persiste más allá de los efectos fisiológicos de la medicación. Esta afección se considera indicativa de un trastorno bipolar verdadero, no del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

De modo similar, los pacientes con episodios maníacos o hipomaníacos aparentemente causados por la terapia electroconvulsiva y que persisten más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento se diagnostican de trastorno bipolar y no de trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos.

Los efectos secundarios de algunos antidepresivos y de otros fármacos psicotrópicos (p. ej., nerviosismo, agitación) pueden parecerse a los síntomas primarios de un síndrome maníaco, pero son fundamentalmente diferentes de los síntomas del trastorno bipolar y no son suficientes para el diagnóstico. Es decir, los síntomas recogidos en los criterios de manía/hipomanía son específicos (una simple agitación no es lo mismo que un exceso de implicación en actividades con propósito) y, para realizar el diagnóstico de trastorno bipolar, debe existir un número suficiente de síntomas (no sólo uno o dos). En particular, la aparición de uno o dos síntomas inespecíficos –irritabilidad, nerviosismo o agitación durante el tratamiento antidepresivo– en ausencia de un síndrome maníaco o hipomaníaco completo no debería apoyar el diagnóstico de trastorno bipolar.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La etiología (la relación causal con el uso de medicamentos psicotrópicos o sustancias de abuso) es la clave en esta forma etiológicamente especificada de trastorno bipolar. Entre las sustancias/medicamentos que se asocian al trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos están los fármacos estimulantes, la fenciclidina y los esteroides; sin embargo, según se sintetizan nuevos compuestos (p. ej., las llamadas sales de baño), emergen nuevas sustancias potenciales. La historia del uso de dichas sustancias puede ayudar a incrementar la certeza del diagnóstico.

Prevalencia

No hay estudios epidemiológicos del trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos. Cada sustancia puede tener su propio riesgo individual de inducir un trastorno bipolar (maníaco/hipomaníaco).

Desarrollo y curso

En la manía inducida por fenciclidina, la presentación inicial puede ser el delirium con rasgos afectivos que se convierte en un estado atípico de manía o de manía mixta. Esta afección acompaña al

consumo o la inhalación rápida y aparece normalmente en unas horas o, como mucho, en unos pocos días. En los estados de manía o hipomanía inducidos por estimulantes, la respuesta se produce en cuestión de minutos o una hora tras uno o varios consumos o inyecciones. El episodio es muy breve y normalmente se resuelve en 1-2 días. En el caso de los corticosteroides y de algunos medicamentos inmunosupresores, la manía (o los estados mixtos o depresivos) normalmente se produce varios días después del consumo y existe mayor probabilidad de que se produzcan síntomas bipolares con las dosis de medicación más altas.

Marcadores diagnósticos

La determinación del uso de la sustancia mediante marcadores en sangre u orina puede corroborar el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Hay que diferenciar el trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos de otros trastornos bipolares, de la intoxicación por sustancias y el delirium inducido por sustancias, y de los efectos secundarios de medicamentos (como se ha comentado anteriormente). Un episodio maníaco completo que aparece durante un tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste a nivel sindrómico más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento es prueba suficiente para el diagnóstico de un trastorno bipolar I. Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante un tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero que persiste a nivel sindrómico más allá de los efectos fisiológicos del tratamiento es prueba suficiente para el diagnóstico de un trastorno bipolar II sólo si viene precedido por un episodio depresivo mayor.

Comorbilidad

La comorbilidad en este caso se produce con el uso de sustancias ilícitas (en el caso de estimulantes ilegales o fenciclidina) o el uso recreativo de los estimulantes prescritos. La comorbilidad relacionada con los medicamentos esteroideos o inmunosupresores comprende las indicaciones médicas de dichos fármacos. El delirium puede aparecer antes o durante los síntomas maníacos en los sujetos que consumen fenciclidina o medicamentos esteroideos u otros inmunosupresores bajo prescripción médica.

Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía que predomina en el cuadro clínico.
B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, o necesita hospitalización para evitar que el individuo se lesione a sí mismo o a otros, o existen características psicóticas.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno bipolar y trastornos relacionados debidos a otra afección médica es **293.83,** que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.33) Con características maníacas: No se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco.

(F06.33) Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco: Se cumplen todos los criterios excepto el Criterio D para un episodio maníaco o excepto el Criterio F para un episodio hipomaníaco.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de depresión pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.33] trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas). La otra afección médica también se codificará y se hará constar por separado inmediatamente antes del trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a la afección médica (p. ej., 242.90 [E05.90] hipertiroidismo; 293.83 [F06.33] trastorno bipolar debido a hipertiroidismo, con características maníacas).

Características diagnósticas

Los rasgos esenciales del trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica son la presencia de un período importante y persistente de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal de la actividad o de la energía que predomina en el cuadro clínico, que se puede atribuir a otra afección médica (Criterio B). En la mayoría de los casos, el cuadro maníaco o hipomaníaco puede aparecer durante la presentación incial de la afección médica (p. ej., en el primer mes); sin embargo, hay excepciones, especialmente en las afecciones médicas crónicas que pueden empeorar o provocar la recaída y que anuncian la aparición de un cuadro maníaco o hipomaníaco. No se debería diagnosticar un trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica cuando los episodios maníacos o hipomaníacos preceden de modo claro a la afección médica, ya que el diagnóstico adecuado debería ser el de trastorno bipolar (excepto en la circunstancia infrecuente de que todos los episodios maníacos o hipomaníacos anteriores –o, en el caso de que haya aparecido sólo un episodio, el episodio maníaco o hipomaníaco anterior– estuvieran asociados al consumo de una sustancia/medicamento). El diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica no debe hacerse durante el curso de un delirium (Criterio D). El episodio maníaco o hipomaníaco en el trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento para reunir las condiciones de este diagnóstico (Criterio E).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La etiología (p. ej., una relación causal con otra afección médica basada en los mejores datos clínicos) es la clave en esta forma etiológicamente especificada de trastorno bipolar. La lista de afecciones médicas que se cree que pueden inducir manía nunca está completa y la esencia del diagnóstico es el buen juicio clínico. Entre las afecciones médicas que mejor se sabe que producen trastorno bipolar maníaco o hipomaníaco están la enfermedad de Cushing y la esclerosis múltiple, así como el infarto cerebral y el daño cerebral por traumatismos.

Desarrollo y curso

El trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica tiene un comienzo agudo o subagudo dentro de las primeras semanas o el primer mes tras el comienzo de la afección médica asociada. Sin embargo, esto no es siempre así, ya que el empeoramiento y las recaídas posteriores de la afección médica asociada pueden preceder al comienzo del síndrome maníaco o hipomaníaco. En estas situaciones, el clínico debe emplear el juicio clínico para discernir si la afección médica es causal basándose en la secuencia temporal y la plausibilidad de

una relación etiológica. Finalmente, el trastorno debe remitir antes o justo después de que la afección médica remita, en particular cuando es eficaz el tratamiento de los síntomas maníacos/hipomaníacos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las diferencias culturales, según los datos disponibles, son las propias de la afección médica asociada (p. ej., las tasas de esclerosis múltiple e infarto cerebral varían en las distintas partes del mundo en función de factores dietéticos, genéticos y ambientales de otro tipo).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las diferencias de género son las propias de la afección médica asociada (p. ej., el lupus eritematoso sistémico es más frecuente en las mujeres; el infarto cerebral es algo más frecuente en los hombres de mediana edad que en las mujeres).

Marcadores diagnósticos

Los marcadores diagnósticos son los asociados a la afección médica (p. ej., niveles de esteroides en sangre u orina para ayudar a corroborar el diagnóstico de enfermedad de Cushing, que puede asociarse a síndromes maníacos o depresivos; pruebas de laboratorio que confirmen el diagnóstico de esclerosis múltiple).

Consecuencias funcionales del trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica

Las consecuencias funcionales de los síntomas bipolares pueden empeorar las alteraciones asociadas a la afección médica y ensombrecer el pronóstico debido a la interferencia con el tratamiento médico. En general se cree, aunque esto no está bien establecido, que el trastorno, si está inducido por la enfermedad de Cushing, no volverá a aparecer si se cura o se detiene dicha enfermedad

Sin embargo, también se sugiere, aunque no está establecido, que los síndromes afectivos, incluidos los depresivos y los maníacos/hipomaníacos, pueden ser episódicos (p. ej., recurrentes) con daños cerebrales o con otras enfermedades del sistema nervioso central.

Diagnóstico diferencial

Síntomas de delirium, catatonía y ansiedad aguda. Es importante diferenciar los síntomas de manía de los síntomas confusionales de excitación o hipervigilancia, de los síntomas catatónicos y de la agitación relacionada con los estados de ansiedad aguda.

Síntomas depresivos o maníacos inducidos por la medicación. Una observación importante en el diagnóstico diferencial es que la otra afección médica se podría estar tratando con medicamentos (p. ej., esteroides o interferón alfa) capaces de inducir síntomas depresivos o maníacos. En estos casos, el juicio clínico basado en los datos científicos disponibles es la mejor manera de separar el más probable o el más importante de los dos factores etiológicos (p. ej., la asociación con la afección médica frente a un síndrome inducido por sustancias/medicamentos). El diagnóstico diferencial de la afección médica relacionada es relevante, pero sobrepasa el alcance de este manual.

Comorbilidad

Los trastornos comórbidos con el trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica son aquellos que se asocian a las afecciones médicas relevantes desde el punto de vista etiológico. En los pacientes con enfermedad de Cushing, el delirium puede aparecer antes o durante los síntomas maníacos.

Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado

296.89 (F31.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y trastorno relacionado que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado. La categoría de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno bipolar y relacionado específico. Esto se hace registrando "otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "ciclotimia de corta duración").

Algunos ejemplos de presentaciones en que se puede especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Episodios hipomaníacos de corta duración (2–3 días) y episodios de depresión mayor:** Un antecedente a lo largo de toda la vida de uno o más episodios de depresión mayor en individuos en los que la presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco, pero que han experimentado dos o más episodios de hipomanía de corta duración que cumplen todos los criterios sintomáticos para un episodio hipomaníaco pero que sólo duran 2-3 días. Los episodios de síntomas hipomaníacos no se superponen temporalmente a los episodios de depresión mayor, por lo que la alteración no cumple los criterios para un episodio de depresión mayor, con características mixtas.
2. **Episodios hipomaníacos con síntomas insuficientes y episodios de depresión mayor:** Un antecedente a lo largo de toda la vida de uno o más episodios de depresión mayor en individuos cuya presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco pero, que han experimentado uno o más episodios de hipomanía que no cumple todos los criterios sintomáticos (es decir, al menos cuatro días consecutivos de estado de ánimo elevado y uno o dos de los otros síntomas de un episodio hipomaníaco, o estado de ánimo irritable y dos o tres de los otros síntomas de un episodio hipomaníaco). Los episodios de síntomas hipomaníacos no se superponen temporalmente a los episodios de depresión mayor, por lo que la alteración no cumple los criterios para un episodio de depresión mayor, con características mixtas.
3. **Episodio hipomaníaco sin episodio previo de depresión mayor:** Uno o más episodios hipomaníacos en un individuo cuya presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio de depresión mayor o un episodio maníaco. Si esto se produce en un individuo con un diagnóstico establecido de trastorno depresivo persistente (distimia), los dos diagnósticos se pueden aplicar de forma concurrente durante los períodos en que se cumplen todos los criterios para un episodio hipomaníaco.
4. **Ciclotimia de corta duración (menos de 24 meses):** Episodios múltiples de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco y múltiples episodios de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor que persisten durante un período de menos de 24 meses (menos de 12 meses en niños o adolescentes) en un individuo cuya presentación nunca cumplió todos los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco y que no cumple los criterios para ningún trastorno psicótico. Durante el curso del trastorno, los síntomas hipomaníacos o depresivos están presentes durante más días que la ausencia de síntomas, el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos y los síntomas causan malestar o deterioro clínicamente significativo.

Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

296.80 (F31.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno bipolar y trastorno relacionado que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno bipolar y trastorno relacionado. La categoría del trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno bipolar y relacionados específicos, e incluye presentaciones en las cuales no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Especificadores para trastorno bipolar y trastornos relacionados

Especificar si:

Con ansiedad: La presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días del episodio de manía, hipomanía o depresión actual o más reciente:

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.
Moderado: Tres síntomas.
Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.
Grave: Cuatro o cinco síntomas con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas: El especificador de características mixtas se puede aplicar al episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo actual en el trastorno bipolar I o bipolar II:

Episodio maníaco o hipomaníaco, con características mixtas:

A. Se cumplen todos los criterios para un episodio maníaco o hipomaníaco, y al menos tres de los síntomas siguientes están presentes la mayoría de los días del episodio maníaco o hipomaníaco actual o más reciente:

1. Disforia destacada o estado de ánimo deprimido según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste o vacío) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades (como se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

4. Fatiga o pérdida de la energía.
5. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).
6. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.
C. En individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maníaco, con características mixtas, debido a la alteración notable y la gravedad clínica de manía total.
D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Episodio depresivo, con características mixtas:

A. Se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor, y al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes la mayoría de los días del episodio depresivo actual o más reciente:

1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).
6. Participación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual, en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.
C. En individuos cuyos síntomas cumplen simultáneamente todos los criterios de un episodio de manía y depresión, el diagnóstico será de episodio maníaco, con características mixtas.
D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador.

Con ciclos rápidos (se puede aplicar al trastorno bipolar I o bipolar II): Presencia de al menos cuatro episodios del estado de ánimo en los 12 meses anteriores que cumplen los criterios para episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor.

Nota: Los episodios están separados por remisiones parciales o totales de un mínimo de dos meses o por un cambio a un episodio de la polaridad opuesta (p. ej., episodio de depresión mayor a episodio maníaco).

Nota: La característica esencial de un trastorno bipolar con ciclos rápidos es la aparición de al menos cuatro episodios del estado de ánimo durante los 12 meses anteriores. Estos episodios pueden suceder en cualquier combinación y orden y han de cumplir los criterios

de duración y número de síntomas para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco y han de estar separados por un período de remisión total o un cambio a un episodio de la polaridad opuesta. Los episodios maníacos e hipomaníacos se consideran de la misma polaridad. A excepción del hecho de que suceden con más frecuencia, los episodios que siguen un patrón de ciclos rápidos no difieren de los que se producen en un modelo que no sigue ciclos rápidos. Los episodios del estado de ánimo que cuentan para definir un patrón de ciclos rápidos excluyen los episodios causados por una sustancia (p. ej., cocaína, corticosteroides) u otra afección médica.

Con características melancólicas:

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:
   1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
   2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:
   1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
   2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
   3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
   4. Notable agitación o retraso psicomotor.
   5. Anorexia o pérdida de peso importante.
   6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador "con características melancólicas" se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Hay una ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. El estado de ánimo no aumenta en absoluto o sólo aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20–40 % de lo normal durante sólo unos minutos seguidos). La "cualidad bien definida" del estado de ánimo característico del especificador "con características melancólicas" se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicomotores y son observables por parte de otras personas. Las características melancólicas sólo muestran una tendencia ligera a repetirse en los episodios del mismo individuo.

Son más frecuentes en los pacientes hospitalizados, en contraposición a los ambulatorios; es menos probable que aparezcan en episodios más leves de depresión mayor que en episodios más graves; y es más probable que se produzcan en episodios con características psicóticas

Con características atípicas: Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de las características siguientes:
   1. Notable aumento de peso o del apetito.
   2. Hipersomnia.
   3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
   4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importantes.

C. No se cumplen los criterios para "con características melancólicas" o "con catatonía" durante el mismo episodio.

Nota: "Depresión atípica" tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, "endógena", que eran la norma cuando la depresión se diagnosticaba raramente en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y actualmente no connota una presentación clínica inhabitual o inusual como el término podría implicar.

Reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se presentan acontecimiento positivos (p. ej., una visita de los hijos, alabanzas por parte de otras personas). El estado de ánimo se puede volver eutímico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas se mantienen favorables. El aumento del apetito se puede manifestar por un aumento claro de la ingestión de alimentos o por un aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan un mínimo de 10 horas de sueño diarias (o al menos dos horas más que cuando el individuo no está deprimido). La parálisis plúmbea se define como una sensación de pesadez plúmbea o de lastre, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación está presente por lo general durante al menos una hora diaria, pero con frecuencia dura mucha horas seguidas. A diferencia de las demás características atípicas, la sensibilidad patológica de rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y que persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad de rechazo se produce tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque se puede exacerbar durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Los delirios o alucinaciones están presentes en cualquier momento de este episodio. Si existen características psicóticas, especificar si son congruentes o no con el estado de ánimo:

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: Durante los episodios maníacos, el contenido de todas los delirios y alucinaciones concuerda con los temas maníacos típicos de grandeza, invulnerabilidad, etc., pero también pueden incluir temas de sospecha o paranoia, especialmente respecto a las dudas de otros acerca de las capacidades, los logros, etc., del individuo.

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios y las alucinaciones no concuerda con los temas de polaridad del episodio, como se ha descrito antes, o el contenido es una mezcla de temas incongruentes y congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía: Este especificador se puede aplicar a un episodio de manía o depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio. Véanse los criterios para la catatonía asociada a un trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio del estado de ánimo, al episodio más reciente de manía, hipomanía o depresión mayor en el trastorno bipolar I o bipolar II si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3 y un 6 % de las mujeres experimentará el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50 % de los episodios de depresión mayor "posparto" comienza realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como la tristeza posparto (*baby blues*), aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estas ideas delirantes o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000, y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares.

Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es de entre un 30 y un 50 %. Los episodios posparto se han de diferenciar del delirium que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es singular en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.

Con patrón estacional: Este especificador se aplica al patrón de episodios del estado de ánimo a lo largo de toda la vida. La característica esencial es un patrón estacional regular de al menos un tipo de episodio (es decir, manía, hipomanía o depresión). Los otros tipos de episodios pueden no seguir este patrón. Por ejemplo, un individuo puede tener manías estacionales, pero sus depresiones no se producen en general en un momento del año específico.

A. En el trastorno bipolar I o bipolar II ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios maníacos, hipomaníacos o de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno).

   Nota: No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempleo regularmente cada invierno).

B. Las remisiones totales (o una evolución de depresión mayor a manía o hipomanía, o viceversa) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).

C. En los últimos dos años, los episodios maníacos, hipomaníacos o de depresión mayor del individuo han mostrado una relación temporal estacional, como se ha definido antes, y durante este período de dos años se han producido episodios no estacionales de esa polaridad.

D. Las manías, hipomanías o depresiones estacionales (como se ha descrito antes) superan notablemente las manías, hipomanías o depresiones no estacionales que se pueden haber producido a lo largo de la vida del individuo.

   Nota: Este especificador se puede aplicar al patrón de episodios de depresión mayor en el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II o el trastorno de depresión mayor, recurrentes. La característica esencial es la aparición y remisión de episodios de depresión mayor en momentos del año característicos. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, pueden registrarse episodios depresivos recurrentes en verano. Este patrón de aparición y remisión de los episodios tiene que haber sucedido durante un período de al menos dos años, sin episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales han de superar notablemente a los episodios depresivos no estacionales a lo largo de toda la vida del individuo.

   Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional

con frecuencia se caracterizan por una pérdida de energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y ansia de carbohidratos. No está claro si el patrón estacional es más probable en el trastorno de depresión mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares, el patrón estacional parece más probable en el trastorno bipolar II que en el trastorno bipolar I. En algunos individuos, el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también se puede asociar a una estación en particular.

La prevalencia de patrón estacional de invierno varía aparentemente con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con la latitud. La edad también es un factor de predicción importante de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes tienen mayor riesgo de presentar episodios depresivos en invierno.

Especificar si:

En remisión parcial: Los síntomas del episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio maníaco, hipomaníaco o de depresión mayor.

En remisión total: Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de los síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos están presentes, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para "leve" y "grave".

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

<= Ir al Índice

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Al contrario que en el DSM-IV, este capítulo de "Trastornos depresivos" se ha separado del capítulo anterior "Trastorno bipolar y trastornos relacionados". El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Para abordar las dudas sobre la posibilidad de que el trastorno bipolar se diagnostique y trate excesivamente en los niños, se ha añadido un nuevo diagnóstico, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se refiere a la presentación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en los niños de hasta 12 años de edad. Su localización en este capítulo refleja el hallazgo de que los niños con este patrón sintomático desarrollan trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares, al pasar a la adolescencia y la edad adulta.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia. Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV ("Conjunto de criterios y de ejes para un estudio posterior") a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante.

Con los fenómenos depresivos se pueden asociar un gran número de sustancias de abuso, algunos medicamentos de prescripción médica y varias afecciones médicas. Este hecho se reconoce en el diagnóstico del trastorno depresivo debido a otra afección médica.

<= Ir a la Clasificación

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

296.99 (F34.8)

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.
I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.
J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).
Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Características diagnósticas

El rasgo central del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes, y la primera son los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) (Criterio C) en al menos un año y en al menos dos ambientes (Criterios E y F), como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo (Criterio B). La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado deber ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño (Criterio D).

Se debe distinguir cuidadosamente la presentación clínica del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo de las presentaciones de otras afecciones relacionadas, en particular el trastorno bipolar pediátrico. De hecho, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se añadió al DSM-5 para abordar las grandes dudas sobre la inapropiada clasificación y tratamiento de los niños que presentan irritabilidad crónica persistente frente a los niños que presentan un trastorno bipolar clásico (p. ej., episódico).

En los niños, algunos investigadores consideran la irritabilidad grave no episódica como una característica del trastorno bipolar, aunque tanto el DSM-IV como el DSM-5 exigen, para reunir las condiciones para el diagnóstico de trastorno bipolar I, que tanto los niños como los adultos presenten episodios delimitados de manía o hipomanía. Durante las últimas décadas del siglo XX, esta discusión entre los investigadores, de que la irritabilidad grave y no episódica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió con un aumento significativo de las tasas con que los clínicos diagnosticaban el trastorno bipolar a sus pacientes pediátricos. Este aumento abrupto en las tasas de diagnóstico parece atribuirse a que los clínicos combinaban al menos dos presentaciones clínicas en una sola categoría. Es decir, que se habían etiquetado como trastorno bipolar en los niños tanto las presentaciones clásicas episódicas de manía como las presentaciones no episódicas de irritabilidad grave. En el DSM-5, el término *trastorno bipolar* se reserva explícitamente para las presentaciones episódicas de los síntomas bipolares. El DSM-IV no tenía ningún diagnóstico pensado para diagnosticar a los jóvenes cuyos síntomas distintivos consistían en una irritabilidad muy marcada y no episódica, mientras que el DSM-5, con la inclusión del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, ha aportado una categoría diferente para tales presentaciones.

Prevalencia

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es frecuente entre los niños que acuden a las consultas de salud mental infantil. La estimación de la prevalencia del trastorno en la comunidad no está clara. Basándose en las tasas de irritabilidad grave, persistente y crónica, que es el rasgo principal del trastorno, la prevalencia global del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en los niños y los adolescentes, en un período de entre 6 meses y 1 año, probablemente sea del orden del 2-5 %.

Sin embargo, se esperan tasas mayores en los hombres y los niños en edad escolar que en las mujeres y los adolescentes.

Desarrollo y curso

El comienzo del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo debe producirse antes de los 10 años de edad y el diagnóstico no debería aplicarse a niños menores de 6 años. No se sabe con certeza si esta afección se presenta únicamente en esta limitada banda de edades. Como es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambien al madurar el niño, el uso de este diagnóstico se debería restringir a los grupos de edad similares a aquellos en que se ha establecido su validez (7-18 años). Aproximadamente, la mitad de los niños con irritabilidad grave crónica tendrá una presentación que va a continuar cumpliendo los criterios para el trastorno un año después. Las tasas de conversión de la irritabilidad grave no episódica en trastorno bipolar son muy bajas. Sin embargo, los niños con irritabilidad crónica tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos unipolares y trastornos de ansiedad en la edad adulta.

Las variaciones relacionadas con la edad también diferencian el trastorno bipolar clásico del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Las tasas del trastorno bipolar son por lo general muy bajas antes de la adolescencia (< 1 %), con un aumento estable a comienzos de la edad adulta (prevalencia del 1-2 %). El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es más frecuente que el trastorno bipolar antes de la adolescencia y los síntomas de este trastorno, por lo general, son menos frecuentes conforme el niño evoluciona hacia la edad adulta.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los niños con irritabilidad crónica normalmente presentan historias psiquiátricas complicadas. En estos niños son frecuentes los antecedentes amplios de irritabilidad crónica, que

se manifiesta característicamente antes de que se cumplan todos los criterios del trastorno. Estas presentaciones prediagnósticas pueden haber reunido las condiciones para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante. Muchos niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo presentan síntomas que también cumplen los criterios del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y de un trastorno de ansiedad, siendo estos diagnósticos frecuentes a una edad temprana. En algunos niños también se cumplen los criterios del trastorno depresivo mayor.

Genéticos y fisiológicos. En términos de agregación familiar y genética, se ha sugerido que los niños que presentan irritabilidad crónica no episódica pueden diferenciarse de los niños con trastorno bipolar basándose en el riesgo familiar. Sin embargo, estos dos grupos no difieren en las tasas familiares de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos unipolares o abuso de sustancias. En comparación con los niños con trastorno bipolar infantil o con otras enfermedades mentales, los que presentan un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tienen similitudes y diferencias en los déficits de procesamiento de la información. Por ejemplo, en los niños con trastorno bipolar y en los niños irritables crónicos, así como en los niños con otros trastornos psiquiátricos, existen déficits en el reconocimiento de las emociones faciales, así como alteraciones en la toma de decisiones y en el control cognitivo. Existen también pruebas de una disfunción específica del trastorno que aparece en las tareas que evalúan el uso de la atención en respuesta a estímulos emocionales y que muestra signos típicos de disfunción en los niños con irritabilidad crónica.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los niños que acuden a la consulta con características del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son sobre todo varones. En las muestras comunitarias parece existir un predominio de varones. Esta diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres diferencia al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo del trastorno bipolar, en el que existe una prevalencia de género similar.

Riesgo de suicidio

Al evaluar a niños con irritabilidad crónica, en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se deberían tener en cuenta los datos científicos que documentan la conducta suicida y la agresividad, así como otras consecuencias funcionales graves.

Consecuencias funcionales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

La irritabilidad grave crónica, como la que aparece en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se asocia a una alteración importante de la familia del niño y de las relaciones con los compañeros, así como también del rendimiento académico. Como consecuencia de su extremadamente baja tolerancia a la frustración, estos niños tienen por lo general dificultades para progresar adecuadamente en el colegio, son a menudo incapaces de participar en las actividades que normalmente disfrutan los niños, su vida familiar se altera gravemente a causa de sus crisis y su irritabilidad, y tienen problemas para hacer o conservar amigos. Por lo general, los niveles de disfunción de los niños con trastorno bipolar y de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son parecidos. Ambos trastornos provocan una grave perturbación en las vidas de los afectados y en sus familias. Tanto en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como en el trastorno bipolar son frecuentes las conductas peligrosas, la ideación o los intentos de suicidio, la agresividad intensa y la hospitalización psiquiátrica.

Diagnóstico diferencial

Como los niños y los adolescentes con irritabilidad crónica normalmente tienen historias complejas, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se debería hacer considerando la presencia o ausencia de otros trastornos múltiples. A pesar de la necesidad de considerar

otros muchos síndromes, se requiere una evaluación minuciosa para diferenciar entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno bipolar y el trastorno negativista desafiante.

Trastornos bipolares. El rasgo central que diferencia el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y los trastornos bipolares en los niños está relacionado con el curso longitudinal de los síntomas nucleares. En los niños, al igual que en los adultos, el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II se manifiestan como una enfermedad episódica con episodios delimitados de alteración del estado de ánimo que se pueden diferenciar de la forma de ser habitual del niño. La alteración del estado de ánimo que ocurre durante un episodio maníaco es claramente diferente del estado de ánimo habitual del niño. Además, durante un episodio maníaco, el cambio del estado de ánimo debe acompañarse del comienzo o de un empeoramiento de los síntomas cognitivos, conductuales y físicos asociados (p. ej., distraibilidad, aumento de la actividad dirigida a un fin), que también están presentes en un grado que es claramente diferente del estado basal habitual del niño. Por lo tanto, en el caso del episodio maníaco, los padres (y, dependiendo del nivel de desarrollo, los niños) deberían ser capaces de identificar un período de tiempo determinado en el que el estado de ánimo y la conducta del niño son significativamente diferentes de lo habitual. En cambio, la irritabilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es persistente y se presenta durante varios meses; aunque puede desaparecer y volver a aparecer hasta cierto punto, la irritabilidad grave es característica del niño con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Por tanto, mientras que los trastornos bipolares son trastornos episódicos, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no lo es. De hecho, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no se puede hacer en un niño que ya haya experimentado alguna vez un episodio de duración completa de hipomanía o manía (irritable o eufórico), o que haya tenido alguna vez un episodio de manía o hipomanía que haya durado más de un día. Otro rasgo central para diferenciar los trastornos bipolares del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo es la presencia de un estado de ánimo elevado o expansivo y de grandiosidad. Estos síntomas son características frecuentes de la manía, pero no son específicos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno negativista desafiante. Aunque los síntomas del trastorno negativista desafiante se producen normalmente en los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, los síntomas afectivos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son relativamente raros en los niños con trastorno negativista desafiante. Los rasgos clave que garantizan el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en los niños cuyos síntomas también cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante son la presencia de ataques de cólera graves y frecuentes, y una alteración persistente del ánimo entre los ataques. Además, el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo requiere una alteración grave en, al menos, un entorno (p. ej., la casa, el colegio o entre los compañeros) y una alteración leve o moderada en un segundo entorno. Por esta razón, mientras que la mayoría de los niños cuyos síntomas cumplen los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo van a tener también una presentación que cumpla los criterios del trastorno negativista desafiante, lo contrario no suele ocurrir. Es decir, en sólo aproximadamente un 15 % de los pacientes con trastorno negativista desafiante se van a cumplir los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, incluso en los niños que cumplen los criterios de los dos diagnósticos, sólo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Finalmente, tanto los síntomas afectivos destacados del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo como el alto riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad que muestran los estudios de seguimiento justifican la colocación del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo entre los trastornos depresivos en el DSM-5 (el trastorno negativista desafiante se incluye en el capítulo "Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta"). Esto refleja el componente afectivo que presentan los pacientes con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, más destacado que el de los pacientes con trastorno negativista desafiante. Sin embargo, hay que hacer notar que el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo parece conllevar un alto riesgo de problemas conductuales y afectivos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad, y trastorno del espectro autista. A diferencia de los niños diagnosticados de trastorno bipolar o trastorno negativista desafiante, un niño con síntomas que cumplan los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo también podrá recibir un diagnóstico comórbido de TDAH, trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad. Sin embargo, los niños en que la irritabilidad se presenta solamente en el contexto de un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo persistente (distimia)

se deberían diagnosticar de uno de esos trastornos más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo pueden tener síntomas que también cumplan los criterios de un trastorno de ansiedad y pueden recibir ambos diagnósticos, si bien los niños cuya irritabilidad se manifiesta sólo en el contexto de una exacerbación del trastorno de ansiedad deberían diagnosticarse del trastorno relevante de ansiedad más que de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, los niños con trastornos del espectro autista presentan frecuentemente accesos de ira cuando, por ejemplo, se alteran sus rutinas. En estos casos, los accesos de ira deberían considerarse secundarios al trastorno del espectro autista y el niño no se debería diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Trastorno explosivo intermitente. Los niños con síntomas sugestivos de un trastorno explosivo intermitente presentan accesos de ira graves muy parecidos a los de los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, al contrario que en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, en el trastorno explosivo intermitente no se requiere una alteración persistente del estado de ánimo entre los accesos. Además, el trastorno explosivo intermitente requiere sólo 3 meses de síntomas activos, a diferencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que requiere 12 meses. Por lo tanto, no se deberían hacer estos dos diagnósticos en el mismo niño. En los niños con accesos de ira e irritabilidad intercurrentes y persistentes, sólo se debería hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Comorbilidad

Las tasas de comorbilidad del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo son extremadamente altas. Es raro encontrar pacientes cuyos síntomas cumplan únicamente los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La comorbilidad entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y otros síndromes definidos en el DSM-IV parece ser mayor que para otras enfermedades mentales infantiles; el solapamiento mayor se produce con el trastorno negativista desafiante. Además de presentar unas tasas globales de comorbilidad altas en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el espectro de enfermedades comórbidas es muy diverso. Estos niños acuden normalmente a la consulta con un amplio abanico de síntomas y diagnósticos de conductas perturbadoras, de síntomas afectivos, de ansiedad e incluso del espectro autista. Sin embargo, los niños con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no deberían tener síntomas que cumplan los criterios de los trastornos bipolares, ya que en ese contexto sólo se haría el diagnóstico de trastorno bipolar. Si los niños presentan síntomas que cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante o del trastorno explosivo intermitente y del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, sólo se deberían diagnosticar de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Además, como se ha señalado anteriormente, no se debería hacer un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo si los síntomas aparecen sólo en un contexto que provoca ansiedad, cuando se alteran las rutinas de un niño con trastorno del espectro autista o trastorno obsesivo-compulsivo, ni en el contexto de un episodio depresivo mayor.

Trastorno de depresión mayor

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
   1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
   2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.
Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.[1]

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

---

[1] Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Procedimientos de codificación y registro

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve (pág. 188)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado (pág. 188)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (pág. 188)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características psicóticas** (pág. 186)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial (pág. 188)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total (pág. 188)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

*Para un episodio que se considera recurrente debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor. Las definiciones de los especificadores se encuentran en las páginas indicadas.

**Si existen características psicóticas, codificar el especificador "con características psicóticas" independientemente de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:

Con ansiedad (pág. 184)
Con características mixtas (págs. 184–185)
Con características melancólicas (pág. 185)
Con características atípicas (págs. 185–186)
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
Con catatonía (pág. 186). **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).
Con inicio en el periparto (págs. 186–187)
Con patrón estacional (sólo episodio recurrente) (págs. 187–188)

Características diagnósticas

Los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi cada día para poderlos considerar, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, además de casi cada día. A menudo los síntomas de presentación son el insomnio y la fatiga, y el trastorno se infradiagnostica si no se reconocen los otros síntomas depresivos acompañantes. Al principio, el paciente quizá niegue que está triste, pero la tristeza se podría reconocer a través de la entrevista o deducir de la expresión facial o la conducta. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos. Aparecen fatiga y alteración del sueño en una alta proporción de casos, y las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad global, al igual que la presencia de una culpa delirante o casi delirante.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades (Criterio A). En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste. El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio. Para que un síntoma cuente como parte de un trastorno depresivo mayor ha de ser nuevo o debe haber empeorado claramente en comparación con el estado de la persona antes del episodio. Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado.

El ánimo en el episodio depresivo mayor lo describe a menudo la persona como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o "por los suelos" (Criterio A1). En algunos casos se puede negar inicialmente la tristeza, pero ésta se puede reconocer posteriormente a través de la entrevista (p. ej., al señalar que parece que el sujeto está a punto de llorar). En algunos pacientes que se quejan de sentirse "sosos", sin sentimientos, o que se sienten ansiosos se podría deducir la presencia de un ánimo deprimido a partir de la expresión facial del paciente y de su conducta. Algunos pacientes enfatizan las quejas somáticas (p. ej., dolores y sufrimientos corporales) en lugar de manifestar sentimientos de tristeza. Muchos pacientes refieren o presentan un aumento de la irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con accesos de ira o culpabilizando a los otros, o un exagerado sentido de la frustración por acontecimientos menores). En los niños y los adolescentes aparece un ánimo irritable o malhumorado más que un ánimo triste o abatido. Esta forma de presentación debería diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración.

Casi siempre se produce una pérdida del interés o del placer, al menos en algún grado. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los *hobbies*, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras (Criterio A2). Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social o el abandono de los pasatiempos con los que disfrutaban (p. ej., el que había sido un ávido jugador de golf deja de jugar, o un niño que solía disfrutar del fútbol se excusa para no practicarlo). En algunos pacientes, en comparación con los niveles previos, existe una reducción significativa del interés o del deseo sexual.

La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento. Algunos pacientes deprimidos refieren que tienen que forzarse para comer. Otros pueden comer más y pueden tener ansia por determinadas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando los cambios del apetito son graves (en cualquier dirección), hay un pérdida o ganancia significativa de peso, y en los niños no se alcanza la ganancia ponderal esperada (Criterio A3).

Las alteraciones del sueño se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo (Criterio A4). Cuando existe insomnio, normalmente se presenta como un insomnio medio (p. ej., el paciente se despierta a lo largo de la noche y tiene dificultades para volverse a dormir). También puede existir insomnio precoz (p. ej., dificultad para quedarse dormido). Los pacientes que presentan un exceso de sueño (hipersomnia) pueden presentar períodos de sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día. A veces, el motivo que lleva al paciente a buscar tratamiento son las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen la agitación (p. ej., la incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos) y la lentificación (p. ej., discurso, pensamiento y movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo) (Criterio A5). La agitación y el retardo psicomotor deben ser lo suficientemente graves como para ser observables por otras personas y no deberían representar únicamente sensaciones subjetivas.

Son frecuentes la disminución de la energía, el cansancio y la fatiga (Criterio A6). Una persona puede referir una fatiga mantenida sin haber realizado ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más

pequeñas parecen requerir un esfuerzo considerable. Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.

El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa y rumiaciones sobre pequeños errores del pasado (Criterio A7). Estos pacientes a menudo malinterpretan los acontecimientos diarios neutros o triviales como si probasen los propios defectos personales y tienen un exagerado sentido de la responsabilidad hacia los acontecimientos inapropiados. La sensación de inutilidad o de culpa puede alcanzar proporciones delirantes (p. ej., el paciente está convencido de que es personalmente responsable de la pobreza en el mundo). Es muy frecuente que el paciente se culpe a sí mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades laborales o interpersonales como consecuencia de la depresión, pero esta actitud, a menos que sea delirante, no se considera suficiente para cumplir este criterio.

Muchos pacientes refieren incapacidad para pensar, concentrarse o tomar pequeñas decisiones (Criterio A8). Pueden parecer fácilmente distraíbles o se quejan de problemas de memoria. Aquellos pacientes involucrados en actividades con una gran demanda cognitiva son a menudo incapaces de llevarlas a cabo. En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración. En los pacientes ancianos, las dificultades de memoria pueden ser la queja principal y pueden confundirse con los signos precoces de una demencia ("pseudodemencia"). Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo. Sin embargo, en algunos pacientes, especialmente en los ancianos, un episodio depresivo mayor puede ser a veces la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio (Criterio A9). Éstos pueden incluir desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio.

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumar el suicidio. Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar ningún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado o en el posparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, la alteración de la concentración o la indecisión, y los pensamientos de suicidio. Las definiciones de episodios de depresión mayor que se han modificado para incluir sólo esos síntomas no vegetativos parecen identificar casi los mismos pacientes que cuando se utilizan todos los criterios.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, los pacientes deprimidos que ingresan en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año. Los pacientes presentan con frecuencia llanto, irritabilidad, estado taciturno, rumiación obsesiva, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., dolor de cabeza, de articulaciones, abdominal u otros dolores). En los niños puede presentarse ansiedad por separación.

Aunque existe una gran amplitud de datos bibliográficos que describen los correlatos neuroanatómicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, no existe ninguna prueba de laboratorio que haya probado tener suficiente sensibilidad y especificidad para usarse como herramienta diagnóstica para este trastorno. Hasta hace poco, la alteración más ampliamente investigada en asociación con los episodios de depresión mayor había sido la hiperactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal, que parece relacionarse con la melancolía, los rasgos psicóticos y el riesgo de un posible suicidio. Los estudios moleculares también han encontrado factores periféricos, como variantes genéticas de factores neurotróficos y de citoquinas proinflamatorias. Además, en los adultos con depresión mayor, los estudios de resonancia magnética funcional muestran signos de alteraciones funcionales en los sistemas neurales que soportan el procesamiento emocional, la búsqueda de recompensa y la regulación emocional.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7 %, con notables diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los sujetos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores. Las mujeres presentan tasas que llegan a ser 1,5-3 veces mayores que las de los hombres, iniciándose el trastorno en la adolescencia temprana.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. En Estados Unidos, la incidencia parece tener un pico hacia los 20 años; sin embargo, no es infrecuente que se inicie por primera vez en la ancianidad.

El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, de modo que algunos pacientes apenas presentan remisiones (períodos de 2 o más meses sin síntomas o con sólo uno o dos síntomas leves), si es que las presentan, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. Es importante distinguir los pacientes que acuden en busca de tratamiento durante una exacerbación de una enfermedad depresiva crónica de aquellos cuyos síntomas han aparecido recientemente. La cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa. Es, por tanto, útil pedir a los pacientes que acuden con síntomas depresivos que identifiquen el último período de al menos dos meses durante el cual estuvieron completamente libres de síntomas depresivos.

La recuperación se inicia normalmente dentro de los tres meses siguientes al comienzo en dos de cada cinco pacientes con depresión mayor y en el plazo de un año en cuatro de cada cinco pacientes. El carácter reciente del inicio es un determinante fuerte de la probabilidad de recuperación a corto plazo y se puede esperar que muchos pacientes que sólo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo. Las características que se asocian a unas tasas de recuperación menores, además de la duración del episodio actual, son los rasgos psicóticos, la ansiedad intensa, los trastornos de personalidad y la gravedad de los síntomas.

El riesgo de recurrencia se vuelve progresivamente menor con el tiempo conforme se incrementa la duración de la remisión. El riesgo es mayor en los pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en los sujetos jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios. La persistencia de síntomas depresivos durante la remisión, aunque sean leves, es un factor que predice claramente la recurrencia.

Muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y en una proporción considerable de pacientes que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor se acaba probando con el tiempo que en realidad padecen un trastorno bipolar. Esto es más probable en los pacientes en que la enfermedad se inicia en la adolescencia, en los que tienen rasgos psicóticos y en los que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar. La presencia del especificador "con rasgos mixtos" también aumenta el riesgo de un futuro diagnóstico de manía o hipomanía. El trastorno bipolar, en particular con rasgos psicóticos, puede convertirse también en esquizofrenia, siendo este cambio mucho más frecuente que el contrario.

A pesar de que las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos presentan diferencias claras entre ambos sexos, dichas diferencias entre sexos no parecen existir en relación con la fenomenología, el curso y la respuesta al tratamiento. Asimismo, no se aprecian efectos claros de la edad actual sobre el curso o la respuesta al tratamiento en el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, existen algunas diferencias en cuanto a los síntomas: la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en los sujetos jóvenes, y los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras, son más frecuentes en los sujetos mayores.

La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía, aunque no así el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones de inicio en edades tempranas son más familiares y es más probable que conlleven asociadas alteraciones de la personalidad. El curso del trastorno depresivo mayor no suele cambiar por lo general con la edad. El tiempo promedio para la recuperación parece ser estable en largos períodos de tiempo, y la probabilidad de entrar en un episodio, en general, ni aumenta ni disminuye con el tiempo.

Factores de riesgo y pronósticos

Temperamentales. El neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales estresantes.

Ambientales. Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor. Los acontecimientos vitales estresantes están bien reconocidos como precipitantes de los episodios de depresión mayor, pero la presencia o ausencia de acontecimientos vitales adversos próximos al comienzo de los episodios no parece ser útil para el pronóstico ni la elección del tratamiento.

Genéticos y fisiológicos. Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40 %, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.

Modificadores del curso. Esencialmente, todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. Los episodios de depresión mayor que se desarrollan en el contexto de otro trastorno suelen seguir con frecuencia un curso más refractario. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento. Sin embargo, la mejoría clínica mantenida de los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado y de la enfermedad subyacente. Las enfermedades médicas crónicas o discapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Estas enfermedades prevalentes, como la diabetes, la obesidad mórbida y la patología cardiovascular, se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.

Aspectos diagnósticos relacionadas con la cultura

Los estudios sobre el trastorno depresivo mayor en las diferentes culturas han mostrado diferencias de hasta siete veces en las tasas de prevalencia a los doce meses, pero existe mucha más uniformidad en la proporción mujeres/hombres, en las edades medias de inicio y en el grado en que la presencia del trastorno aumenta la probabilidad de un trastorno por abuso de sustancias comórbido. Aunque estos hallazgos sugieren diferencias culturales importantes en la expresión del trastorno depresivo mayor, no permiten determinar asociaciones simples entre culturas concretas y la probabilidad de presentar síntomas específicos. Más bien, los clínicos deberían ser conscientes de que la mayoría de los casos de depresión no se reconocen en los centros de atención primaria en la mayor parte de los países, y de que es muy probable que en muchas culturas los síntomas somáticos sean la queja de presentación. Entre los síntomas del Criterio A, el insomnio y la pérdida de energía son los que se presentan de modo más uniforme.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la mayor frecuencia en las mujeres es el hallazgo más reproducido en la epidemiología del trastorno depresivo mayor, no hay diferencias claras entre sexos en cuanto a síntomas, curso, respuesta al tratamiento y consecuencias funcionales. En las mujeres hay mayor riesgo de intentos de suicidio y el riesgo de suicidio consumado es menor. La disparidad entre las tasas de suicidio de ambos sexos no es tan grande en los pacientes con trastornos depresivos como en la población general.

Riesgo de suicidio

La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática son los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de futuros intentos de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor

Muchas de las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor provienen de los síntomas individuales. El deterioro puede ser muy ligero, de modo que muchas personas que interactúan con los individuos afectos no son conscientes de los síntomas depresivos. Sin embargo, el deterioro puede llegar hasta a la incapacidad completa, de modo que el paciente deprimido va a ser incapaz de atender sus necesidades básicas de autocuidado, o sufre mutismo, o está catatónico. Entre los pacientes que se atienden en los centros médicos generales, los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen más dolor, más enfermedades físicas y más disminución del funcionamiento en las áreas física, social y personal.

Diagnóstico diferencial

Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos. Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos.

Trastorno del humor debido a otra afección médica. El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. Este trastorno se distingue del trastorno depresivo mayor por el hecho de que existe una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que parece estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo. Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar de trastorno depresivo inducido por cocaína.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden aparecer tanto en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como en el episodio depresivo mayor; si se cumplen los criterios de ambos, se debería diagnosticar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad además del trastorno del ánimo. Sin embargo, el clínico debe tener precaución para no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido. El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación con ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Tristeza. Por último, los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos períodos no deberían diagnosticarse de episodio depresivo mayor a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presentaciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

Comorbilidad

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado

de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad (pág. 184)
Con características mixtas (págs. 184–185)
Con características melancólicas (pág. 185)
Con características atípicas (págs. 185–186)
Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo (pág. 186)
Con inicio en el periparto (págs. 186–187)

Especificar si:

En remisión parcial (pág. 188)
En remisión total (pág. 188)

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.
Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.
Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.
Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.
Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve (pág. 188)
Moderado (pág. 188)
Grave (pág. 188)

Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno depresivo persistente (distimia) es un ánimo deprimido que aparece la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, durante al menos dos años o al menos durante un año en los niños y los adolescentes (Criterio A). En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV. La depresión mayor puede preceder al trastorno depresivo persistente, y los episodios de depresión mayor pueden ocurrir durante el trastorno depresivo persistente. Los pacientes cuyos síntomas cumplan los criterios del trastorno depresivo mayor durante dos años se deberían diagnosticar de trastorno depresivo persistente además del trastorno depresivo mayor. Los pacientes con trastorno depresivo persistente describen su estado de ánimo como triste o con el ánimo "por los suelos". Durante los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos dos de los seis síntomas del Criterio B. Como estos síntomas forman parte de la experiencia diaria del paciente, sobre todo en los casos de inicio temprano (p. ej., "siempre

he sido así"), es posible que no se mencionen a menos que se le pregunte al individuo. Durante el período de dos años (de un año en los niños o los adolescentes), cualquier intervalo sin síntomas dura como máximo dos meses (Criterio C).

Prevalencia

El trastorno depresivo persistente es una amalgama del trastorno distímico y del trastorno de depresión mayor crónico del DSM-IV. La prevalencia en 12 meses en Estados Unidos es aproximadamente del 0,5 % para el trastorno depresivo persistente y del 1,5 % para el trastorno depresivo mayor crónico.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la infancia, la adolescencia o la juventud) y, por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastorno depresivo persistente y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (p. ej., antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias.

Cuando los síntomas alcanzan el nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que desciendan posteriormente a un nivel inferior. Sin embargo, los síntomas depresivos remiten menos probablemente en un determinado período de tiempo, en el contexto de un trastorno depresivo recurrente que en el de un episodio depresivo mayor.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambientales. Los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación.

Genéticos y fisiológicos. No hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV. Es probable que los hallazgos anteriores concernientes a cualquiera de esos diagnósticos sean aplicables al trastorno depresivo persistente. Es, por tanto, probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer grado con dicho trastorno que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tengan más trastornos depresivos en general.

Se han implicado varias regiones cerebrales (p. ej., el *córtex* prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes. Además, es posible que existan también alteraciones polisomnográficas.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo persistente

El grado en que el trastorno depresivo persistente repercute en el funcionamiento social y laboral varía ampliamente, pero sus efectos pueden ser tan grandes o incluso mayores que los del trastorno depresivo mayor.

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si existe ánimo deprimido además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen

criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento de este período, entonces se debería hacer el diagnóstico de depresión mayor, pero no se codifica como un diagnóstico separado, sino como un especificador del trastorno depresivo persistente. Si los síntomas del paciente cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, entonces se debería usar el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor con el episodio actual". Si el episodio depresivo mayor ha tenido una duración de al menos dos años y sigue presentándose, entonces se usa el especificador "con episodio de depresión mayor persistente". Cuando no se cumplen todos los criterios del episodio depresivo mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto de al menos dos años de síntomas depresivos persistentes, entonces se usa el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual". Si el paciente no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años, entonces se usa el especificador "con síndrome distímico puro".

Trastornos psicóticos. Los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace un diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. Se debe distinguir el trastorno depresivo persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. El diagnóstico es de trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica si no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio (p. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se codifica el trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se considera como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia (p. ej., una droga de abuso, una medicación, una toxina) que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

Trastornos de la personalidad. A menudo hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad. Cuando la presentación en un individuo cumple los criterios tanto del trastorno depresivo persistente como de un trastorno de la personalidad, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor, los que tienen trastorno depresivo persistente tienen mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general y de trastornos de ansiedad y de abuso de sustancias en particular. El comienzo temprano del trastorno depresivo persistente se asocia claramente a los trastornos de personalidad de los *clusters* B y C del DSM-IV.

Trastorno disfórico premenstrual

Criterios diagnósticos 625.4 (N94.3)

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.
1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (**Nota:** El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Procedimientos de registro

Si los síntomas no se han confirmado mediante las evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar "provisional" después del nombre del diagnóstico (es decir, "trastorno disfórico premenstrual, provisional").

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar estrechamente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afecta, de sus perspectivas familiares y de otros factores más específicos, como las creencias religiosas, la tolerancia social y aspectos relacionados con el papel de la mujer.

Típicamente, los síntomas alcanzan su cumbre alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque no es infrecuente que los síntomas permanezcan durante los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular después de que comience el período menstrual. Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Los sín-

tomas son de gravedad (pero no de duración) comparable a la observada en otros trastornos mentales, como el episodio depresivo mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se han descrito delirios y alucinaciones en la fase lútea tardía del ciclo menstrual, aunque son raros. Algunos consideran la fase premenstrual un período con riesgo de suicidio.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1,8 y el 5,8 % de las mujeres con menstruación. Hay una sobrestimación de la prevalencia si las cifras se basan en informes retrospectivos más que en evaluaciones diarias prospectivas. Sin embargo, la prevalencia estimada, basada en un registro diario de los síntomas durante 1-2 meses, puede ser menos representativa, ya que las pacientes con síntomas más graves quizá no sean capaces de mantener el proceso de registro. La estimación más rigurosa del trastorno disfórico premenstrual es del 1,8 % en las mujeres que cumplen todos los criterios sin deterioro funcional, y del 1,3 % en las mujeres que cumplen los criterios con deterioro funcional y síntomas concomitantes de otro trastorno mental.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno disfórico premenstrual puede aparecer en cualquier momento tras la menarquia. La incidencia de casos nuevos en un período de seguimiento de 40 meses es del 2,5 % (intervalo de confianza del 95 % = 1,7-3,7). De modo anecdótico, muchas pacientes refieren que los síntomas empeoran al acercarse la menopausia. Los síntomas cesan tras la menopausia, aunque el tratamiento hormonal sustitutivo cíclico puede precipitar de nuevo la presentación de síntomas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los factores ambientales que se asocian a la presentación del trastorno disfórico premenstrual son el estrés, los antecedentes de traumas interpersonales, los cambios estacionales y a los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino en particular.

Genéticos y fisiológicos. No se conoce la heredabilidad del trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, se estima que el rango de heredabilidad para los síntomas premenstruales oscila entre un 30 y un 80 %, siendo la estimación de la heredabilidad de un 50 % para el componente más estable de los síntomas premenstruales.

Modificadores de curso. Es posible que las mujeres que usan anticonceptivos orales tengan menos síntomas premenstruales que las mujeres que no los usan.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno disfórico premenstrual no es un síndrome asociado a una cultura, ya que se ha observado en mujeres de Estados Unidos, Europa, India y Asia. No está claro si las tasas difieren por razas. Sin embargo, los factores culturales pueden influir significativamente sobre la frecuencia, la intensidad y la expresividad de los síntomas, y sobre los patrones de búsqueda de ayuda.

Marcadores diagnósticos

Como se ha indicado anteriormente, el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual se confirma adecuadamente tras dos meses de evaluación prospectiva de los síntomas. Se han validado varias

escalas, incluidas la Evaluación diaria de la gravedad de los problemas y la Escala analógica visual para los síntomas anímicos premenstruales, que se usan habitualmente en los ensayos clínicos del trastorno disfórico premenstrual. Se ha validado la Escala de evaluación de la tensión premenstrual, que tiene una versión autoaplicada y otra para un observador, y ambas versiones se usan mucho para medir la gravedad de la enfermedad en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual.

Consecuencias funcionales del trastorno disfórico premenstrual

Los síntomas deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro obvio y notable de la capacidad para funcionar en el plano social u ocupacional en la semana previa a la menstruación. El deterioro del funcionamiento social puede manifestarse a través de desavenencias matrimoniales y de problemas con los niños, con otros miembros de la familia o con los amigos. No se deberían confundir los problemas matrimoniales o laborales crónicos con la disfunción que aparece solamente asociada al trastorno disfórico premenstrual.

Diagnóstico diferencial

Síndrome premenstrual. El síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síndrome premenstrual. Esta afección puede que sea más frecuente que el trastorno disfórico premenstrual, aunque la prevalencia estimada del síndrome premenstrual varía. Aunque el síndrome premenstrual comparte la característica de que los síntomas aparecen durante la fase premenstrual del ciclo menstrual, se le considera por lo general menos grave que el trastorno disfórico premenstrual. La presencia de síntomas físicos o conductuales en la premenstruación, sin los síntomas afectivos requeridos, probablemente cumpla los criterios del síndrome premenstrual y no los del trastorno disfórico premenstrual.

Dismenorrea. La dismenorrea es un síndrome de menstruaciones dolorosas que difiere del caracterizado por cambios afectivos. Además, los síntomas de la dismenorrea comienzan al inicio de la menstruación, mientras que los síntomas del trastorno disfórico premenstrual, por definición, comienzan antes del inicio de la menstruación, incluso aunque permanezcan durante los primeros días de ésta.

Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente (distimia). Muchas mujeres con trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor o trastorno depresivo persistente (distimia) (natural o inducido por sustancias/medicamentos) creen que tienen un trastorno disfórico premenstrual. Sin embargo, cuando exponen los síntomas se dan cuenta de que éstos no siguen un patrón premenstrual. Las mujeres con otro trastorno mental pueden presentar síntomas crónicos o síntomas intermitentes que no se relacionan con la fase del ciclo menstrual. Sin embargo, como el comienzo de la menstruación constituye un hecho fácil de recordar, puede que refieran que los síntomas ocurren sólo durante la fase premenstrual o que los síntomas empeoren antes en la fase premenstrual. Éste es uno de los objetivos para cumplir el requisito de que los síntomas sean confirmados mediante evaluaciones diarias prospectivas. El proceso del diagnóstico diferencial, en particular si el clínico cuenta sólo con síntomas retrospectivos, se hace más difícil por el solapamiento entre los síntomas del trastorno disfórico premenstrual y algunos otros diagnósticos. El solapamiento de síntomas es particularmente relevante para diferenciar el trastorno disfórico premenstrual del trastorno depresivo mayor, del trastorno depresivo persistente, de los trastornos bipolares y del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, la tasa de trastornos de la personalidad no es más alta en las mujeres con trastorno disfórico premenstrual que en las que no lo presentan.

Uso de tratamientos hormonales. Algunas mujeres que presentan síntomas premenstruales moderados o graves podrían estar utilizando tratamientos con hormonas, incluidos los anticonceptivos hormonales. Si los síntomas aparecen tras el inicio del uso hormonal exógeno, los síntomas pueden

deberse al uso de las hormonas más que a la afección subyacente de un trastorno disfórico premenstrual. Si la mujer suspende las hormonas y los síntomas desaparecen, se puede deducir que se trata de un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos.

Comorbilidad

El trastorno previo que con más frecuencia se refiere en las pacientes con trastorno disfórico premenstrual es el episodio depresivo mayor. Existe un amplio espectro de trastornos médicos (p. ej., migraña, asma, alergias, epilepsia) y de otros trastornos mentales (p. ej., trastornos bipolares y depresivos, trastornos de ansiedad, bulimia nerviosa, trastornos por consumo de sustancias) que pueden empeorar en la fase premenstrual; sin embargo, la ausencia de un período libre de síntomas durante el intervalo posmenstrual obvia el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual. Estas afecciones se consideran más bien la exacerbación premenstrual de un trastorno mental o médico en curso. Aunque el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual no se debería realizar en situaciones en las que la persona presente únicamente un empeoramiento premenstrual de otros trastornos mentales o médicos, se podría considerar este diagnóstico, además del diagnóstico de otro trastorno mental o físico, si la persona presentara los síntomas y los cambios en el nivel de funcionamiento que son característicos del trastorno disfórico premenstrual y que son notablemente diferentes de los síntomas que se experimentan como parte del otro trastorno.

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

Criterios diagnósticos

A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

   1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

   Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código

CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1", y el clínico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el carácter en 4ª posición es "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9", y el clínico sólo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.14	F10.24	F10.94
Fenciclidina	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Otro alucinógeno	292.84	F16.14	F16.24	F16.94
Inhalante	292.84	F18.14	F18.24	F18.94
Opiáceo	292.84	F11.14	F11.24	F11.94
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.84	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (u otro estimulante)	292.84	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	292.84	F14.14	F14.24	F14.94
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.84	F19.14	F19.24	F19.94

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para los diagnósticos asociados a la clase de sustancia):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.

Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas depresivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por

consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de una sustancia. Por ejemplo, en el caso de síntomas depresivos durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.84 trastorno depresivo inducido por cocaína, con inicio durante la abstinencia. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de síntomas depresivos, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., 292.84 trastorno depresivo inducido por metilfenidato, con inicio durante la abstinencia; 292.84 trastorno depresivo inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante de los síntomas depresivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el conjunto de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de una sustancia (si existe) y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del trastorno depresivo inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia). Por ejemplo, en el caso de síntomas depresivos durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.24 trastorno depresivo grave por consumo de cocaína, con trastorno depresivo inducido por cocaína, con inicio durante la abstinencia. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno depresivo inducido por una sustancia se produce sin un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de una sustancia (p. ej., F16.94 trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de síntomas del estado de ánimo depresivo, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., F15.24 trastorno grave por consumo de metilfenidato, con trastorno depresivo inducido por metilfenidato, con inicio durante la abstinencia; F19.94 trastorno depresivo inducido por dexametasona, con inicio durante la intoxicación).

Características diagnósticas

Las características diagnósticas del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos incluyen los síntomas de un trastorno depresivo, como el trastorno depresivo mayor; sin embargo, los síntomas depresivos se asocian al consumo, la inyección o la inhalación de una sustancia (p. ej., droga de abuso, toxina, medicación psicotrópica, otra medicación) y los síntomas depresivos persisten más tiempo de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación o de abstinencia. El trastorno depresivo se debe haber desarrollado durante el consumo de una sustancia capaz de producir un trastorno depresivo o dentro del mes posterior al mismo conforme a los datos de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio (Criterio B1). Además, el diagnóstico no se debe explicar mejor por un trastorno depresivo independiente. Prueba la presencia de un trastorno depresivo independiente que el trastorno depresivo haya precedido al comienzo del consumo o de la abstinencia de la sustancia, que el trastorno depresivo persista más allá de un período sustancial de tiempo tras el cese del uso de la sustancia, y los demás datos que sugieran la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (Criterio C). No se debe hacer este diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente durante el curso de un delirium (Criterio D). El trastorno depresivo asociado al consumo, la intoxicación o la abstinencia de una sustancia debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento para reunir las condiciones para este diagnóstico (Criterio E).

Algunos medicamentos (p. ej., los estimulantes, los esteroides, la L-dopa, los antibióticos, los fármacos del sistema nervioso central, los agentes dermatológicos, los fármacos quimioterápicos, los

agentes inmunológicos) pueden inducir alteraciones anímicas depresivas. El juicio clínico es fundamental para determinar si el medicamento se asocia verdaderamente a la inducción de un trastorno depresivo o si ha aparecido un trastorno depresivo primario mientras la persona estaba tomando el tratamiento. Por ejemplo, un trastorno depresivo que se desarrolla dentro de las primeras semanas después de comenzar un tratamiento con alfa-metildopa (un agente antihipertensivo) en un paciente sin antecedentes de trastorno depresivo mayor reuniría las condiciones para el diagnóstico de trastorno depresivo inducido por medicamentos. En algunos casos, un trastorno establecido previamente (p. ej., un trastorno depresivo mayor recurrente) puede recurrir casualmente mientras el paciente está tomando un medicamento que tiene la capacidad de causar síntomas depresivos (p. ej., la L-dopa, los anticonceptivos orales). En tales casos, el clínico debe juzgar si el medicamento es el causante de esa situación particular.

El trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se distingue de los trastornos depresivos primarios teniendo en cuenta el comienzo, el curso y otros factores asociados al consumo de sustancias. La historia clínica, el examen físico o las pruebas de laboratorio deben arrojar datos que prueben la existencia de consumo, abuso, intoxicación o abstinencia de alguna sustancia antes del comienzo del trastorno depresivo. El estado de abstinencia de algunas sustancias se puede alargar relativamente y, por tanto, es posible que los síntomas depresivos intensos permanezcan durante un largo período tras cesar su consumo.

Prevalencia

La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos entre una población adulta de Estados Unidos representativa de todo el país es del 0,26 %.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo asociado al uso de una sustancia (p. ej., alcohol, drogas ilícitas, o un tratamiento prescrito para un trastorno mental u otra afección médica) se puede iniciar mientras el sujeto está consumiéndola o durante la abstinencia, si es que existe un síndrome de abstinencia asociado a la sustancia. Más a menudo, el trastorno depresivo se inicia en las primeras semanas o el mes de consumo de la sustancia. Una vez que se interrumpe la sustancia, los síntomas depresivos suelen remitir en días o semanas, dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de un síndrome de abstinencia. Si los síntomas persisten 4 semanas más del curso esperado para la abstinencia de un sustancia/medicamento en particular, se deberían considerar otras causas para los síntomas depresivos.

Aunque existen pocos ensayos clínicos prospectivos y controlados que hayan estudiado la asociación de los síntomas depresivos con el uso de un medicamento, la mayoría de los informes se ha realizado a partir de estudios de farmacovigilancia y de estudios observacionales retrospectivos o estudios de casos, lo que hace difícil determinar si existen pruebas de la causalidad. Las sustancias implicadas en el trastorno depresivo inducido por medicamentos, con diversos grados de evidencia, son: los agentes antivirales (efavirenz), los agentes cardiovasculares (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), los derivados del ácido retinoico (isotretionina), los antidepresivos, los anticonvulsivos, los antimigrañosos (triptanes), los antipsicóticos, las hormonas (corticoesteroides, anticonceptivos orales, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas, tamoxifeno), los agentes para el cese del tabaquismo (vareniclina) y los agentes inmunológicos (interferón). Sin embargo, van apareciendo otras posibles sustancias según se sintetizan nuevos compuestos. La historia del uso de dicha sustancia puede ayudar a incrementar la certidumbre en el diagnóstico.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores que parecen aumentar el riesgo del trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos pueden conceptualizarse como los relacionados con cada tipo específico de droga y los relativos al grupo de individuos con trastornos por consumo de alcohol o drogas.

Los factores de riesgo comunes para todas las drogas son los antecedentes de trastorno depresivo mayor y de depresión inducida por drogas, y los factores estresantes psicosociales.

Ambientales. También hay factores de riesgo concernientes a un tipo específico de medicación (p. ej., la activación inmunológica aumentada antes del tratamiento de la hepatitis C, que se asocia a la depresión inducida por el interferón alfa), a altas dosis de corticosteroides (mayores de 80 mg equivalentes de prednisona al día) o altas concentraciones plasmáticas de efavirenz, y a un alto contenido de estrógenos/progesterona en los anticonceptivos orales.

Modificadores del curso. En una población representativa de los adultos estadounidenses, los pacientes con trastorno depresivo inducido por sustancias, en comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor sin trastorno por consumo de sustancias, eran con más frecuencia varones, de raza blanca, con educación secundaria completada, sin seguro y con menores ingresos familiares. Además presentaban con más frecuencia antecedentes familiares de trastornos por abuso de sustancias y conducta antisocial, presencia de acontecimientos vitales estresantes en el año previo y un número mayor de criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor. Referían con más probabilidad sentimientos de inutilidad, insomnio/hipersomnia y pensamientos de muerte e intentos de suicidio, pero con menos probabilidad el ánimo deprimido y la pérdida parental por fallecimiento antes de los 18 años de edad.

Marcadores diagnósticos

Para corroborar el diagnóstico, en ocasiones se puede realizar la determinación de la sustancia de abuso mediante pruebas de laboratorio específicas en sangre o en orina.

Riesgo de suicidio

La tendencia al suicidio inducida por drogas o por un tratamiento supone un cambio notable en los pensamientos y la conducta de la persona con respecto a su situación basal, se asocia temporalmente al comienzo del uso de una sustancia y debe diferenciarse de los trastornos mentales primarios subyacentes.

En relación con la tendencia al suicidio asociada al tratamiento con antidepresivos, un comité asesor de la Agencia de Alimentación y Drogas estadounidense (FDA) consideró un metaanálisis de 99.839 sujetos participantes en 372 ensayos clínicos aleatorizados de antidepresivos en el ámbito de los trastornos mentales. Los análisis mostraron que, al combinar los datos de todos los grupos de edad adulta, no había un aumento perceptible del riesgo de conducta o ideación suicida. Sin embargo, en los análisis estratificados según la edad aparecía elevado el riesgo en los sujetos de entre 18 y 24 años, aunque no significativamente (*odds ratio* [OR] = 1,55; intervalo de confianza [IC] = 0,91-2,70). El metaanálisis de la FDA muestra un riesgo absoluto de suicidio en los pacientes incluidos en estudios de antidepresivos del 0,01 %. En conclusión, el suicidio es claramente un fenómeno que se asocia al tratamiento de manera extremadamente rara, pero el resultado de suicidio es lo suficientemente serio como para motivar que la FDA emitiera una alerta ampliada en 2007 sobre la importancia de la monitorización minuciosa de la ideación suicida asociada al tratamiento, sobre todo en los pacientes tratados con antidepresivos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación y abstinencia de sustancias. Los síntomas depresivos aparecen con frecuencia en la intoxicación y en la abstinencia por sustancias, y normalmente es suficiente un diagnóstico de intoxicación o de abstinencia por una sustancia específica para categorizar la presentación de los síntomas. Se debería hacer un diagnóstico de trastorno depresivo inducido por sustancias, en vez de un diagnóstico de intoxicación o de abstinencia por sustancias, cuando los síntomas afectivos son lo suficientemente graves como para garantizar una atención clínica independiente. Por ejemplo, el ánimo disfórico es un rasgo característico de la abstinencia de la cocaína. Se debería diagnosticar un trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, en vez de la abstinencia a la cocaína, sólo si la alteración del ánimo es significativamente más intensa o si dura más de lo habitual en la abstinencia a la cocaína y es lo suficientemente grave como para ser objeto de atención y tratamiento independiente.

Trastorno depresivo primario. Un trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicación se distingue de un trastorno depresivo primario cuando se juzga que existe una sustancia que está relacionada etiológicamente con los síntomas, como se ha descrito anteriormente (véase la sección "Desarrollo y curso" de este trastorno).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Como los pacientes con otras afecciones médicas a menudo toman medicamentos para esas afecciones, el clínico debe considerar la posibilidad de que los síntomas afectivos estén causados por las consecuencias fisiológicas de la afección médica más que por la medicación, en cuyo caso se diagnosticaría un trastorno depresivo debido a otra afección médica. A menudo, la historia proporciona la base fundamental para el juicio clínico. A veces puede ser necesario cambiar el tratamiento de la otra afección médica (p. ej., sustituir o retirar una medicación) para determinar empíricamente si la medicación es el agente causal. Si el clínico se ha asegurado de que la alteración está en función tanto de la otra afección médica como del consumo o la abstinencia de una sustancia, deben hacerse los dos diagnósticos (p. ej., trastorno depresivo debido a otra afección médica y trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos). Cuando las pruebas científicas son insuficientes para determinar si los síntomas depresivos se asocian al consumo de una sustancia (incluidos los medicamentos), a su abstinencia o a otra afección médica, o si son primarios (p. ej., no son consecuencia ni de la sustancia ni de la otra afección médica), entonces debería indicarse el diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Comorbilidad

En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor sin trastorno comórbido por consumo de sustancias, los pacientes con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos tienen mayores tasas de comorbilidad con cualquier trastorno mental del DSM-IV, tienen más probabilidad de tener los trastornos específicos del DSM-IV de juego patológico y de personalidad paranoide, histriónica y antisocial, pero tienen menos probabilidad de tener un trastorno depresivo persistente (distimia).

En comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno comórbido por consumo de sustancias, los pacientes con trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos tienen con más probabilidad el trastorno por consumo de alcohol, trastornos por consumo de cualquier otra sustancia y el trastorno histriónico de la personalidad; sin embargo, es menos probable que tengan el trastorno depresivo persistente.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es **293.83,** que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante).

Especificar si:

(F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

(F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor.

(F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía, pero no predominan en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).

Características diagnósticas

El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predomina en el cuadro clínico (Criterio A) y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica (Criterio B). Para determinar si las alteraciones del ánimo se deben a otra afección médica general, el clínico debe establecer primero la presencia de una afección médica general. Además, el clínico debe establecer que la alteración del ánimo está etiológicamente relacionada con la afección médica general mediante un mecanismo fisiológico. Se necesita una evaluación exhaustiva e integral de múltiples factores para realizar el juicio clínico. Aunque no hay guías clínicas infalibles para determinar si la relación entre la alteración del ánimo y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones sirven de guía en esta área. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el comienzo, la exacerbación o la remisión de la afección médica general y la alteración del ánimo. Una segunda consideración es la presencia de rasgos que son atípicos en los trastornos del ánimo primarios (p. ej., una edad atípica de comienzo, un curso atípico o ausencia de historia familiar). Los datos científicos de la bibliografía que sugieren que podría existir una asociación directa entre la afección médica general en cuestión y el desarrollo de síntomas afectivos podrían ser útiles como contexto para la evaluación de cada situación concreta.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La etiología (p. ej., la relación causal con otra afección médica basada en las mejores pruebas clínicas) es la variable esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica. La lista de afecciones médicas que se dice que pueden inducir una depresión mayor nunca está completa y la esencia del diagnóstico es el buen juicio del clínico.

Existen asociaciones claras y algunos correlatos neuroanatómicos entre depresión e infarto cerebral, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y daño cerebral traumático. Entre las afecciones neuroendocrinas más estrechamente asociadas a la depresión se encuentran la enfermedad de Cushing y el hipotiroidismo. Hay otras muchas afecciones que se piensa que están asociadas con la depresión, como la esclerosis múltiple. Sin embargo, la bibliografía avala más esta asociación causal en algunas afecciones, como la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington, que en otras, para las que el diagnóstico diferencial podría ser el de trastorno de adaptación con ánimo deprimido.

Desarrollo y curso

Tras un infarto cerebral, el inicio de una depresión parece ser muy agudo, teniendo lugar al día o a los pocos días del accidente cerebrovascular (ACV) en la mayor serie de casos. Sin embargo, en algu-

nos casos, el comienzo de la depresión se produce tras semanas o meses del ACV. En la mayor serie de casos, la duración de los episodios depresivos mayores tras un infarto cerebral fue de 9-11 meses de promedio. De modo similar, el estado depresivo de la enfermedad de Huntington aparece bastante pronto en el curso de la enfermedad. En la enfermedad de Parkinson y en la enfermedad de Huntington, ésta precede a menudo a las alteraciones motoras mayores y al deterioro cognitivo que se asocian a cada afección. Esto es más importante en la enfermedad de Huntington, en la que la depresión se considera el primer síntoma neuropsiquiátrico. Existen datos científicos basados en la observación que muestran que la depresión es menos frecuente según progresa la enfermedad de Huntington.

Factores de riesgo y pronóstico

El riesgo de que se inicie de forma aguda un trastorno depresivo mayor tras un ACV (en el plazo de un día o una semana desde el episodio) parece correlacionarse estrechamente con la localización de la lesión, siendo mayor el riesgo asociado a los infartos frontales inferiores y aparentemente menor el asociado a las lesiones frontales derechas en los pacientes que lo presentan a los pocos días del infarto. No se observa asociación con las regiones frontales ni con la lateralidad en los estados depresivos que ocurren a los 2-6 meses tras el infarto.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las diferencias de género se corresponden con las asociadas a la afección médica general (p. ej., el lupus eritematoso sistémico es más frecuente en las mujeres, y el infarto cerebral es algo más frecuente en los hombres de mediana edad que en las mujeres).

Marcadores diagnósticos

Los marcadores diagnósticos se corresponden con los asociados a la afección médica (p. ej., los niveles de esteroides en sangre u orina ayudan a corroborar el diagnóstico de enfermedad de Cushing, que puede estar asociada con síndromes maníacos o depresivos).

Riesgo de suicidio

No hay estudios epidemiológicos que aporten datos que permitan diferenciar el riesgo de suicidio de un episodio mayor debido a otra afección médica del riesgo de un episodio depresivo mayor en general. Hay informes de casos que relacionan los suicidios con los episodios de depresión mayor debidos a otras afecciones médicas. Existe una asociación clara entre las enfermedades médicas graves y el suicidio, en particular poco después del comienzo de la enfermedad o al diagnosticarla. Por tanto, sería prudente asumir que el riesgo de suicidio de los episodios depresivos que se asocian a afecciones médicas no es menor que el de otras formas de episodio depresivo mayor, e incluso podría ser mayor.

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo debido a otra afección médica

Las consecuencias funcionales se relacionan con aquellas que se asocian a la afección médica. En general se cree, aunque no se ha demostrado, que un episodio depresivo mayor inducido por una enfermedad de Cushing no va a recurrir si se detiene o se cura la enfermedad de Cushing. Sin embargo, se ha señalado, aunque no demostrado, que en algunos pacientes con daño cerebral estático y en otras enfermedades del sistema nervioso central, los síndromes afectivos, incluidos los depresivos y los maníacos/hipomaníacos, pueden ser episódicos (es decir, recurrentes).

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos no debidos a otra afección médica. La determinación de si una afección médica que acompaña a un trastorno depresivo está o no causando el trastorno depende de: a) la ausencia de algún episodio depresivo antes del comienzo de la afección médica; b) la

probabilidad de que la afección médica relacionada pueda promover o causar un trastorno depresivo, y c) la aparición de los síntomas depresivos poco después del comienzo o del empeoramiento de la afección médica, especialmente si los síntomas depresivos remiten casi al mismo tiempo que se trata con eficacia el trastorno médico o cuando éste remite.

Trastorno depresivo inducido por medicamentos. Es importante advertir que algunas afecciones médicas se tratan con medicamentos (p. ej., los esteroides o el interferón-alfa) que pueden inducir síntomas depresivos o maníacos. En estos casos, el juicio clínico, basado en todos los datos científicos disponibles, es la mejor forma de intentar separar el más probable o más importante de los dos factores etiológicos (p. ej., la asociación con una afección médica frente a un síndrome inducido por sustancias).

Trastornos de adaptación. Es importante diferenciar los episodios depresivos de los trastornos de adaptación, ya que el comienzo de la afección médica es en sí misma un acontecimiento vital estresante que podría provocar un trastorno de adaptación o un episodio de depresión mayor. Los elementos más diferenciadores son la generalización del cuadro depresivo y el número y la cualidad de los síntomas depresivos que el paciente refiere o muestra en el examen del estado mental. El diagnóstico diferencial de las afecciones médicas asociadas es relevante, pero supera el alcance de este manual.

Comorbilidad

Las afecciones comórbidas con el trastorno depresivo debido a otra afección médica son aquéllas que se asocian a las afecciones médicas de relevancia etiológica. Se ha señalado que el delirium puede aparecer antes o durante los síntomas depresivos en los pacientes con varias afecciones médicas, como la enfermedad de Cushing. Es frecuente que se asocien síntomas de ansiedad, normalmente generalizados, a los trastornos depresivos independientemente de la causa.

Otro trastorno depresivo especificado

311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno depresivo especificado" y a continuación el motivo específico (p. ej., "episodio depresivo de corta duración").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Depresión breve recurrente:** Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
2. **Episodio depresivo de corta duración (4–13 días):** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. **Episodio depresivo con síntomas insuficientes:** Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente signi-

ficativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Otro trastorno depresivo no especificado

311 (F32.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Especificadores para trastornos depresivos

Especificar si:

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.
Moderado: Tres síntomas.
Moderado-severo: Cuatro o cinco síntomas.
Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Con características mixtas:

A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor:

1. Estado de ánimo elevado, expansivo.
2. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Aumento de la energía dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual).

6. Implicación aumentada o excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
7. Disminución de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual, en contraste con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son observables por parte de otras personas y representan un cambio del comportamiento habitual del individuo.
C. En individuos cuyos síntomas cumplen todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II.
D. Los síntomas mixtos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento).

Nota: Las características mixtas asociadas a un episodio de depresión mayor son un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno bipolar I o bipolar II. Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil apreciar la presencia de este especificador.

Con características melancólicas:

A. Una de las características siguientes está presente durante el período más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer por todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros (no se siente mucho mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de las características siguientes:

1. Una cualidad bien definida del estado de ánimo depresivo es un desaliento profundo, desesperación y/o mal humor, o lo que se conoce como estado de ánimo vacío.
2. Depresión que acostumbra a ser peor por la mañana.
3. Despertar pronto por la mañana (es decir, al menos dos horas antes de lo habitual).
4. Notable agitación o retraso psicomotor.
5. Anorexia o pérdida de peso importante.
6. Culpa excesiva o inapropiada.

Nota: El especificador "con características melancólicas" se aplica si estas características están presentes en la fase más grave del episodio. Hay una ausencia casi completa de la capacidad de placer, no simplemente una disminución. Una norma para evaluar la falta de reactividad del estado de ánimo es que ni siquiera los acontecimientos muy deseados se asocian a una elevación notable del estado de ánimo. El estado de ánimo no aumenta en absoluto o sólo aumenta parcialmente (p. ej., hasta un 20–40 % de lo normal sólo durante unos minutos seguidos). La "cualidad bien definida" del estado de ánimo característico del especificador "con características melancólicas" se experimenta como cualitativamente diferente del que se produce durante un episodio depresivo no melancólico. Un estado de ánimo deprimido que se describe simplemente como más grave, más prolongado o presente sin ningún motivo no se considera de cualidad bien definida. Casi siempre existen cambios psicomotores y son observables por parte de otras personas.

Las características melancólicas sólo muestran una tendencia ligera a repetirse en los episodios del mismo individuo. Son más frecuentes en los pacientes hospitalizados, en contraposición a los ambulatorios; es menos probable que aparezcan en episodios más leves de depresión mayor que en episodios más graves; y es más probable que se produzcan en episodios con características psicóticas.

Con características atípicas: Este especificador se puede aplicar cuando estas características predominan durante la mayoría de los días del episodio de depresión mayor actual o más reciente o trastorno depresivo persistente.

A. Reactividad del estado de ánimo (es decir, aumento del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos reales o potenciales).

B. Dos (o más) de las características siguientes:

1. Notable aumento de peso o del apetito.
2. Hipersomnia.
3. Parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez plúmbea en brazos o piernas).
4. Patrón prolongado de sensibilidad de rechazo interpersonal (no limitado a los episodios de alteración del estado de ánimo) que causa deterioro social o laboral importante.

C. No se cumplen los criterios para "con características melancólicas" o "con catatonía" durante el mismo episodio.

Nota: "Depresión atípica" tiene un significado histórico (es decir, atípica en contraposición con las presentaciones más clásicas de depresión agitada, "endógena", que eran la norma cuando la depresión se diagnosticaba raramente en pacientes ambulatorios y casi nunca en adolescentes o adultos jóvenes) y actualmente no connota una presentación clínica inhabitual o inusual como el término podría implicar.

Reactividad del estado de ánimo es la capacidad de animarse cuando se presentan acontecimiento positivos (p. ej., una visita de los hijos, alabanzas por parte de otras personas). El estado de ánimo se puede volver eutímico (no triste) incluso durante períodos prolongados si las circunstancias externas se mantienen favorables. El aumento del apetito se puede manifestar por un aumento claro de la ingestión de alimentos o por un aumento de peso. La hipersomnia puede incluir un período prolongado de sueño nocturno o siestas diurnas que totalizan un mínimo de 10 horas de sueño diarias (o al menos dos horas más que cuando el individuo no está deprimido). La parálisis plúmbea se define como una sensación de pesadez plúmbea o de lastre, generalmente en los brazos o las piernas. Esta sensación está presente por lo general durante al menos una hora diaria, pero con frecuencia dura mucha horas seguidas. A diferencia de las demás características atípicas, la sensibilidad patológica de rechazo interpersonal percibido es un rasgo que tiene un inicio temprano y que persiste durante la mayor parte de la vida adulta. La sensibilidad de rechazo se produce tanto cuando la persona está deprimida como cuando no lo está, aunque se puede exacerbar durante los períodos depresivos.

Con características psicóticas: Presencia de delirios y/o alucinaciones.

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: El contenido de todos los delirios y alucinaciones está en consonancia con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido.
Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: El contenido de los delirios o alucinaciones no implica los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía: El especificador de catatonía se puede aplicar a un episodio de depresión si existen características catatónicas durante la mayor parte del episodio. Véanse los criterios para catatonía asociada a un trastorno mental en el capítulo "Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3 y un 6 % de las mujeres experimentará el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50 % de los episodios de depresión mayor "posparto" comienza realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de

pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como la tristeza posparto (*baby blues*), aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos, y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares.

Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es de entre un 30 y un 50 %. Los episodios posparto se han de diferenciar del delirium que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es singular en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.

Con patrón estacional: Este especificador se aplica al trastorno de depresión mayor recurrente.

A. Ha habido una relación temporal regular entre el inicio de los episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor y un momento del año particular (p. ej., en otoño o invierno).
   Nota: No incluir casos en los que existe un efecto claro de factores de estrés psicosocial relacionados con las estaciones (p. ej., desempleo regularmente cada invierno).
B. Las remisiones totales (o un cambio de depresión mayor a manía o hipomanía) también se producen en un momento del año característico (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
C. En los últimos dos años se han producido dos episodios de depresión mayor que demuestran la relación estacional definida más arriba y episodios de depresión mayor no estacional durante el mismo período.
D. El número de episodios de depresión mayor estacionales (como se han descrito más arriba) supera notablemente el de episodios de depresión mayor no estacionales que pueden haber sucedido a lo largo de la vida del individuo.

Nota: El especificador "con patrón estacional" se puede aplicar al patrón de episodios de depresión mayor en el trastorno de depresión mayor, recurrente. La característica esencial es la aparición y remisión de episodios de depresión mayor en momentos del año característicos. En la mayoría de los casos, los episodios comienzan en otoño o invierno y remiten en primavera. Con menos frecuencia, pueden registrarse episodios depresivos recurrentes en verano. Este patrón de aparición y remisión de los episodios tiene que haber sucedido durante un período de al menos dos años, sin episodios no estacionales durante este período. Además, los episodios depresivos estacionales han de superar notablemente a los episodios depresivos no estacionales a lo largo de toda la vida del individuo.

Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una pérdida de energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y ansia de carbohidratos. No está claro si el patrón estacional es más probable en el trastorno de depresión mayor recurrente o en los trastornos bipolares. Sin embargo, en el grupo de los trastornos bipolares, el patrón estacional parece más probable en el trastorno bipolar II que en

el trastorno bipolar I. En algunos individuos, el inicio de los episodios maníacos o hipomaníacos también se puede asociar a una estación en particular.

La prevalencia del patrón estacional de invierno varía aparentemente con la latitud, la edad y el sexo. La prevalencia aumenta con la latitud. La edad también es un factor de predicción importante de la estacionalidad, ya que las personas más jóvenes tienen mayor riesgo de presentar episodios depresivos en invierno.

Especificar si:

En remisión parcial: Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un período que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.

En remisión total: Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable, y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para "leve" y "grave".

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

<= Ir al Índice

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El *miedo* es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la *ansiedad* es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. A veces, el nivel de miedo o ansiedad se ve reducido por conductas evitativas generalizadas. Las crisis de pánico (*panic attacks*) se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad como un tipo particular de respuesta al miedo. Las crisis de pánico no se limitan a los trastornos de ansiedad, sino que también pueden ser observadas en otros trastornos mentales.

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados.

Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Sin embargo, este criterio temporal pretende servir de guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad y pudiendo ser la duración más corta en los niños (como en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo). Puesto que los sujetos con trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Cada trastorno de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

Este capítulo se organiza de acuerdo con el desarrollo, con los trastornos ordenados según la edad típica al inicio de los síntomas. La persona con trastornos de ansiedad por separación se encuentra asustada o ansiosa ante la separación de aquellas personas por las que siente apego en un grado que es inapropiado para el desarrollo. Existe miedo o ansiedad persistente sobre los posibles daños que puedan sufrir las personas por las que siente apego y sobre las situaciones que puedan llevar a la pérdida o separación de las personas a quienes el sujeto está vinculado y rechazo a separarse de estas personas de mayor apego, así como pesadillas y síntomas físicos de angustia. A pesar de que estos síntomas a menudo se desarrollan en la infancia, pueden expresarse también en la edad adulta.

El mutismo selectivo se caracteriza por una incapacidad para hablar en las situaciones sociales en que hay expectativa de hablar (p. ej., en la escuela), a pesar de que la persona habla en otras situaciones. La falta de habla tiene consecuencias significativas en los logros académicos o laborales, o bien altera la comunicación social normal.

Los individuos con fobia específica presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos o los evitan. La cognición específica no es característica de este trastorno, como en otros trastornos de ansiedad. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la

<= Ir a la Clasificación

situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre-inyecciones-heridas, situacional y otras circunstancias.

En el trastorno de ansiedad social (fobia social), la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o bien las evita. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

En el trastorno de pánico, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento debido a las crisis de pánico (p. ej., evitación del ejercicio o de situaciones desconocidas). Las crisis de pánico se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser *esperadas*, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o *inesperadas*, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico funcionan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de una amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales.

Los individuos con agorafobia se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa en otras situaciones. La persona teme estas situaciones debido a pensamientos sobre el desarrollo de síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en circunstancias en las que escapar sería difícil o donde no se podría disponer de ayuda. Estas situaciones casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante.

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos. En el trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

Existen escalas específicas para cada trastorno que sirven para caracterizar mejor su gravedad y captar las variaciones de la misma a lo largo del tiempo. Para facilitar su uso, particularmente en las personas con más de un trastorno de ansiedad, estas escalas se han desarrollados con el mismo formato (pero distinto enfoque) en todos los casos, con puntuaciones de los síntomas conductuales, cognitivos y físicos relevantes de cada trastorno.

Trastorno de ansiedad por separación

Criterios diagnósticos 309.21 (F93.0)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.

2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.
C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la que se espera en los sujetos con el mismo nivel de desarrollo. Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios: experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego (Criterio A1). Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer el paradero de las figuras de mayor apego y deseo de estar en contacto con ellas (Criterio A2). Asimismo, también se muestran preocupados por los acontecimientos adversos que puedan sucederles a ellos mismos, como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente, y les impidan reunirse de nuevo con las figuras de apego (Criterio A3). Los sujetos con ansiedad por separación se muestran reacios o rechazan irse solos debido a su temor ante la separación (Criterio A4). Muestran una excesiva y persistente negación o rechazo a estar solos o sin una figura de apego en casa o en otros lugares. Los niños con trastorno de ansiedad por separación son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar comportamientos de "aferramiento", situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su "sombra" por toda la casa, o requiriendo que alguien esté con ellos cuando van a otras habitaciones (Criterio A5). Suelen rechazar o negarse a ir a dormir sin que esté cerca una figura de mayor apego, o a dormir fuera de casa (Criterio A6). Los niños con este trastorno suelen tener problemas llegada la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño. Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona vinculante, como un hermano). Los niños pueden ser reacios o negarse a acudir a campamentos, a dormir en casas de amigos o a irse a hacer recados. Los adultos pueden sentirse incómodos al viajar solos (p. ej., al dormir en una habitación de hotel). Los individuos pueden tener pesadillas repetidas cuyo conte-

nido expresa sus propios temores (p. ej., destrucción de la familia por un incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Los síntomas físicos (tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos) son comunes en los niños cuando ocurre o se prevé la separación. Los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en los sujetos de más edad.

Esta alteración suele mantenerse durante un período de al menos 4 semanas en los niños y los adolescentes menores de 18 años, y normalmente dura 6 meses o más en los adultos (Criterio B). Sin embargo, el criterio de la duración debe emplearse en los adultos a título orientativo, permitiendo cierto grado de flexibilidad. La alteración debe producir un malestar clínicamente significativo o deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importantes (Criterio C).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Al alejarse del hogar o de las personas de gran apego, los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o en el juego. En función de su edad, los individuos pueden experimentar miedo hacia los animales, los monstruos, la oscuridad, los fantasmas, los ladrones, los secuestradores, los accidentes de automóvil, los viajes en avión y otras situaciones que se perciban como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Algunos individuos se sienten incómodos y melancólicos, incluso tristes, cuando están fuera de casa. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede dar lugar a una negativa a ir al colegio, lo que puede originar problemas académicos y de evitación social. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, los niños pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, pueden golpear a quien les esté forzando a dicha separación. Cuando están solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden experimentar percepciones inusuales (p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación o criaturas monstruosas que intentan cogerlos, sentir que unos ojos les miran atentamente). Los niños con este trastorno suelen describirse como exigentes, intrusivos y con necesidad de atención constante. Las excesivas peticiones del niño suelen producir frecuentes frustraciones en sus padres, dando lugar a resentimiento y a conflictos en la familia.

Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad por separación entre los adultos de Estados Unidos es del 0,9 al 1,9 %. En los niños, la prevalencia en un período de entre 6 y 12 meses es del 4 %. En los adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia anual es del 1,6 %. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación disminuye desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, y es el trastorno de ansiedad más prevalente en los niños menores de 12 años. En las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres. En la población general, es más frecuente en las mujeres.

Desarrollo y curso

Los períodos de ansiedad elevada por la separación de las figuras de apego forman parte normal del desarrollo temprano y pueden indicar el desarrollo de relaciones de apego seguras (p. ej., en torno al primer año de edad, los niños pueden sufrir ansiedad ante los extraños). El inicio puede producirse precozmente, en la edad preescolar, pero también es posible en cualquier momento antes de los 18 años; sin embargo, no es frecuente el inicio en plena adolescencia. Típicamente hay períodos de exacerbación y de remisión. Tanto la ansiedad por una posible separación como la evitación de situaciones que impliquen separación (p. ej., ir a la universidad) pueden persistir durante varios años. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno de ansiedad por separación no padecerá trastornos de ansiedad deteriorantes a lo largo de la vida. Muchos adultos con trastorno de ansiedad por separación no recuerdan que éste empezara en la infancia, aunque es posible que recuerden síntomas.

Las manifestaciones del trastorno de ansiedad por separación varían con la edad. Los niños más pequeños pueden ser más reacios a ir a la escuela o pueden eludirla por completo. Es posible que los niños más pequeños no expresen miedos específicos en relación con amenazas concretas para sus padres, su hogar o ellos mismos, y que la ansiedad sólo se manifieste cuando se experimenta la separación. A medida que los niños se hacen mayores, las preocupaciones o miedos suelen especificarse (p. ej., secuestro, asesinato). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. También pueden experimentar una alteración significativa en el ámbito laboral o en los acontecimientos sociales por la necesidad de comprobar de forma continua el paradero de un ser querido.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno de ansiedad por separación se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, en especial de una pérdida (p. ej., la muerte de una mascota familiar, una enfermedad propia o de un familiar, un cambio de colegio, el divorcio parental, una mudanza a un nuevo entorno, la inmigración y una catástrofe que suponga períodos de separación de las figuras de apego). En los adultos jóvenes, otros ejemplos de estrés vital son dejar la casa de los padres, entablar una relación sentimental y convertirse en padre. La sobreprotección parental y el intrusismo pueden estar asociados con el trastorno de ansiedad por separación.

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede ser hereditario. La heredabilidad estimada es del 73 % en una muestra comunitaria de gemelos de 6 años de edad, con cifras más altas en las niñas. Los niños con trastorno de ansiedad por separación muestran un particular aumento de la sensibilidad a la estimulación respiratoria mediante aire enriquecido con CO_2.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El grado en que sería deseable tolerar la separación varía de unas culturas a otras, por lo que en algunas de ellas se evitan las ocasiones y exigencias de separación entre padres e hijos. Por ejemplo, la edad a la que se espera que la descendencia abandone el hogar familiar varía ampliamente entre los distintos países y culturas. Es importante distinguir el trastorno de ansiedad por separación del elevado valor que algunas culturas conceden a la fuerte interdependencia entre familiares.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las niñas manifiestan una mayor reticencia o evitación a asistir a la escuela que los niños. La expresión indirecta del miedo a la separación puede ser más común en los varones que en las mujeres, por ejemplo, a través de una limitación en el funcionamiento independiente, rechazo a estar fuera de casa solo, angustia cuando el cónyuge o los hijos hacen cosas de forma independiente, o cuando el contacto con el cónyuge o los hijos no es posible.

Riesgo de suicidio

El trastorno de ansiedad por separación en los niños puede estar asociado con un riesgo mayor de suicidio. En la población general, la presencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o de uso de sustancias se ha asociado a ideas e intentos de suicidio. Sin embargo, esta asociación no es específica para el trastorno de ansiedad por separación y aparece en varios trastornos de ansiedad.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por separación

Los sujetos con trastorno de ansiedad por separación a menudo limitan sus actividades independientes lejos del hogar o de las personas por las que sienten apego (p. ej., los niños evitan ir a la escuela,

no acuden a los campamentos, tienen dificultad para dormir solos; los adolescentes no van a la facultad; los adultos no abandonan el domicilio familiar, no viajan y no trabajan fuera de casa).

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación con respecto al hogar y a las personas vinculadas.

Trastorno de pánico. Las amenazas de separación pueden conducir a la ansiedad extrema e incluso a crisis de pánico. A diferencia de lo que sucede en el trastorno de pánico, la ansiedad se refiere a la separación con respecto a las personas vinculadas o al hogar, más que a resultar incapacitado por una crisis de pánico inesperada.

Agorafobia. A diferencia de los individuos con agorafobia, las personas con trastorno de ansiedad por separación no están preocupadas por quedarse atrapadas o incapacitadas en situaciones de las que perciben que es difícil escapar en caso de presentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes.

Trastornos de conducta. La evasión escolar ("hacer novillos") es común en los trastornos de conducta, pero en este caso la ansiedad de separación no es la responsable del absentismo escolar y el niño acostumbra a estar más fuera que dentro de casa.

Trastorno de ansiedad social. Algunos casos de negativa a ir a la escuela pueden ser debidos a un trastorno de ansiedad social (fobia social). En tales casos, la evitación de la escuela se debe al miedo a ser juzgado negativamente por los demás y no a separarse de las figuras de apego.

Trastorno de estrés postraumático. El miedo a la separación de los seres queridos es común después de eventos traumáticos como los desastres, en particular cuando los períodos de separación de los seres queridos se vivieron durante el evento traumático. En el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los síntomas centrales giran en torno a las intrusiones y a la evitación de los recuerdos asociados al propio evento traumático, mientras que en el trastorno de ansiedad por separación las preocupaciones y evitaciones se centran en torno al bienestar de las figuras de apego y a la separación de ellas.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad muestran preocupación por si padecen ciertas enfermedades, pero la principal preocupación es el diagnóstico médico en sí mismo y no separarse de las figuras de apego.

Duelo. El duelo cursa con intenso anhelo o deseo de la persona fallecida, desconsuelo intenso y dolor emocional; la preocupación por el fallecido o las circunstancias de la muerte son respuestas que se espera que aparezcan en el duelo, mientras que el miedo a la separación de las personas por las que siente apego sería el centro en el trastorno de ansiedad por separación.

Trastornos depresivos y bipolares. Estos trastornos pueden estar asociados con una renuncia a salir de casa, pero la preocupación principal no es el temor o el miedo a los acontecimientos adversos que sucedan a las figuras de apego, sino más bien una baja motivación para involucrarse con el mundo exterior. Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden deprimirse en el momento en que se las separa o al anticiparse a la separación.

Trastorno negativista desafiante. Los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad por separación pueden mostrar oposición cuando se les fuerza a separarse de las figuras de apego. El trastorno negativista desafiante sólo se debería considerar cuando el comportamiento oposicionista es persistente y no está relacionado con la separación, real o prevista, de las figuras de apego.

Trastornos psicóticos. A diferencia de las alucinaciones observadas en los trastornos psicóticos, las experiencias perceptivas inusuales del trastorno de ansiedad por separación, que suelen basarse en la percepción errónea de un estímulo real, sólo suceden en determinadas situaciones (p. ej., por la noche) y son reversibles ante la presencia de una persona de apego.

Trastornos de la personalidad. El trastorno de la personalidad dependiente se caracteriza por una indiscriminada tendencia a confiar en los demás, mientras que el trastorno de ansiedad por separación implica una preocupación sobre la cercanía y la seguridad de las principales figuras de apego. El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por miedo al abandono de los seres queridos, pero los problemas de identidad, de autocontrol, de funcionamiento interpersonal y de impulsividad son, además, fundamentales en este trastorno, mientras que no lo son en el trastorno de ansiedad por separación.

Comorbilidad

En los niños, el trastorno de ansiedad por separación es muy comórbido con el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En los adultos, las dolencias comórbidas comunes son la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad. Los trastornos depresivos y bipolares son también comórbidos con el trastorno de ansiedad por separación en los adultos.

Mutismo selectivo

Criterios diagnósticos 313.23 (F94.0)

A. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
B. La alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social.
C. La duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela).
D. El fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
E. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Características diagnósticas

Los niños con mutismo selectivo, cuando se encuentran con otros sujetos en las interacciones sociales, no inician el diálogo o no responden recíprocamente cuando hablan con los demás. La falta de discurso se produce en las interacciones sociales con niños o adultos. Los niños con mutismo selectivo hablan en su casa en presencia de sus familiares inmediatos, pero a menudo no hablan ni siquiera ante sus amigos más cercanos o familiares de segundo grado, como abuelos o primos. El trastorno suele estar marcado por una elevada ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo a menudo se niegan a hablar en la escuela, lo que puede implicar deterioro académico o educativo, ya que a menudo a los maestros les resulta difícil evaluar sus habilidades, como la lectura. La falta de expresión puede interferir en la comunicación social, aunque los niños con este trastorno a veces usan medios no verbales (p. ej., gruñen, señalan, escriben) para comunicarse y pueden estar dispuestos o deseosos de realizar o participar en encuentros sociales cuando no necesitan hablar (p. ej., las partes no verbales de los juegos en el colegio).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características asociadas al mutismo selectivo son: timidez excesiva, miedo a la humillación social, aislamiento y retraimiento social, "pegarse" a otros, rasgos compulsivos, negativismo y pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, el mutismo puede estar asociado a

un trastorno de la comunicación, aunque no se ha identificado ninguna asociación concreta con algún trastorno específico de la comunicación. Incluso cuando este trastorno está asociado, también existe ansiedad. En el ámbito clínico, a los niños con mutismo selectivo también se les diagnostica casi siempre algún trastorno de ansiedad (especialmente fobia social).

Prevalencia

El mutismo selectivo es una enfermedad relativamente infrecuente y no ha sido incluido como categoría diagnóstica en los estudios epidemiológicos de prevalencia de las enfermedades de la infancia. La prevalencia puntual, utilizando diversas muestras clínicas o escolares, oscila entre el 0,03 y el 1 %, dependiendo del tipo de población (p. ej., la clínica frente a la escolar, y ésta frente a la general) y las edades de los sujetos de la muestra. La prevalencia de la enfermedad no parece variar según el género ni la raza o etnia. El trastorno es más probable que se manifieste en los niños pequeños que en los adolescentes y los adultos.

Desarrollo y curso

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no consultarse hasta haberse realizado el ingreso en la escuela, donde hay un aumento de la interacción social y del desempeño de tareas, tales como la lectura en voz alta. La persistencia del trastorno es variable. Aunque los informes clínicos sugieren que muchas personas "superan" el mutismo selectivo, el curso longitudinal de la enfermedad es desconocido. En algunos casos, sobre todo en las personas con trastorno de ansiedad social, el mutismo selectivo podría desaparecer, pero los síntomas del trastorno de ansiedad social permanecerán.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales para el mutismo selectivo no están bien identificados. La afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual pueden desempeñar su papel, así como historia familiar de timidez, aislamiento social y ansiedad social. Los niños con mutismo selectivo pueden tener dificultades sutiles del lenguaje receptivo en comparación con sus compañeros, aunque el lenguaje receptivo todavía está dentro del rango normal.

Ambientales. Una inhibición social por parte de los padres puede servir de modelo para el desarrollo de reticencia social y mutismo selectivo en los niños. Por otra parte, los padres de los niños con mutismo selectivo se han descrito como más controladores o protectores que los padres de los niños con otros trastornos de ansiedad o sin estos trastornos.

Factores genéticos y fisiológicos. Debido a la superposición significativa entre el mutismo y el trastorno de ansiedad social, pueden existir factores genéticos compartidos entre las dos afecciones.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los niños de las familias que emigran a un país donde se habla un idioma diferente pueden negarse a hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento de la lengua. Si la comprensión de la nueva lengua es adecuada pero la negativa a hablar persiste, se podría justificar un diagnóstico de mutismo selectivo.

Consecuencias funcionales del mutismo selectivo

El mutismo selectivo puede dar lugar a un deterioro social, ya que los niños pueden sentirse demasiado ansiosos al participar en la interacción social recíproca con otros niños. A medida que los niños con mutismo selectivo crecen, pueden enfrentarse a un mayor aislamiento social. En el ámbito escolar, estos niños pueden sufrir deterioro académico, ya que muchas veces no se comunican con los maestros con respecto a sus necesidades académicas o personales (p. ej., no entienden una tarea de clase,

no preguntan para ir al servicio). Es habitual que se produzca un grave deterioro en la escuela y en el funcionamiento social y que, como resultado, sufran las burlas de sus compañeros. En ciertos casos, el mutismo selectivo puede servir de estrategia compensatoria para disminuir la activación ansiosa en los encuentros sociales.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de la comunicación. El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación, como el trastorno del lenguaje, el trastorno fonológico, el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudez), o el trastorno de la comunicación social (pragmático). A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla en estas condiciones no se limita a una situación social específica.

Trastornos del neurodesarrollo, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Las personas con un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico o retraso mental grave pueden experimentar problemas en la comunicación social y ser incapaces de hablar adecuadamente en situaciones sociales. Por el contrario, el mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse en un niño que tenga una capacidad demostrada para hablar en algunas situaciones sociales (p. ej., en casa).

Trastorno de ansiedad social (fobia social). La ansiedad y la evitación en la vida social, propias de la fobia social, se pueden asociar a un mutismo selectivo. En estos casos deberían establecerse ambos diagnósticos.

Comorbilidad

Las condiciones comórbidas más habituales son otros trastornos de ansiedad, más frecuentemente el trastorno de ansiedad social, seguido por el trastorno de ansiedad por separación y la fobia específica. Se han observado comportamientos oposicionistas en los niños con mutismo selectivo, aunque la conducta de oposición podría limitarse a las situaciones que requieren hablar. También pueden aparecer trastornos o retrasos de la comunicación en algunos niños con mutismo selectivo.

Fobia específica

Criterios diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

   Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como en la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático), dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación), o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si:

Codificar basándose en el estímulo fóbico:

300.29 (F40.218) Animal (p. ej., arañas, insectos, perros)
300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej., alturas, tormentas, agua)
300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos)

Nota de codificación: Seleccionar el código CIE-10-MC específico como sigue: **F40.230** miedo a la sangre; **F40.231** miedo a las inyecciones y transfusiones; **F40.232** miedo a otra atención médica; o **F40.233** miedo a una lesión.

300.29 (F40.248) Situacional (p. ej., avión, ascensor, sitios cerrados)
300.29 (F40.298) Otra (p. ej., situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos; en niños, p. ej., sonidos ruidosos o personajes disfrazados)

Nota de codificación. Cuando está presente más de un estímulo fóbico, se deben hacer constar todos los códigos CIE-10-MC aplicables (p. ej., miedo a las arañas y a viajar en avión, F40.218 fobia específica, animal y F40.248 fobia específica, situacional).

Especificadores

Es común que los sujetos tengan múltiples fobias específicas. El individuo con fobia específica teme a un promedio de tres objetos o situaciones, y aproximadamente el 75 % de las personas con fobia específica temen a más de una situación u objeto. En los casos de fobias específicas múltiples, se deberá diagnosticar cada una con su propio código de diagnóstico según el estímulo fóbico. Por ejemplo, si una persona teme a las tormentas eléctricas y al vuelo, se la diagnosticaría de dos cosas: fobia específica al entorno natural y fobia específica situacional.

Características diagnósticas

Una característica clave de este trastorno es un miedo o ansiedad a objetos o situaciones claramente circunscritos (Criterio A), que pueden denominarse *estímulos fóbicos*. Las categorías de las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno. Muchas personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. Para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta debe diferir de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la población. Para cumplir los criterios diagnósticos, el miedo o la ansiedad deben ser intensos o graves (es decir "marcados") (Criterio A). El nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación. Además, el miedo o la ansiedad puede presentarse en forma de crisis de pánico completa o limitada (p. ej., crisis de pánico esperadas). Otra característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata (Criterio B). Por lo tanto, una persona que se pone ansiosa sólo de vez en cuando al ser confrontada con la situación o el objeto (p. ej., se pone ansiosa cuando viaja en uno de cada cinco vuelos de avión) no sería diagnosticada de fobia específica. Sin embargo, el grado de temor o ansiedad expresado puede variar (desde la ansiedad anticipatoria hasta una crisis de pánico completa) en diferentes momentos de la exposición al objeto o a la situación fóbica debido a diversos factores contextuales, como la presencia de otras personas, la duración de la exposición y los elementos amenazantes, como las turbulencias en un vuelo en las personas con miedo a volar. El miedo y la ansiedad a menudo se expresan de forma distinta en los niños y los adultos. Además, el miedo y la ansiedad aparecen en cuanto se topan con el objeto o la situación fóbica (es decir, inmediatamente y no de manera retardada).

El sujeto evita activamente la situación, pero si no puede o decide no evitarla, la situación o el objeto evoca un intenso miedo o ansiedad (Criterio C). La evitación activa significa que el individuo presenta comportamientos destinados intencionadamente a prevenir o a minimizar el contacto con los objetos fóbicos o las situaciones fóbicas (p. ej., pasa por túneles en lugar de puentes en su viaje diario al trabajo por miedo a las alturas, evita entrar en una habitación oscura por temor a las arañas, evita aceptar un trabajo en un ambiente donde el estímulo fóbico es más frecuente). Las conductas

evitativas a menudo son evidentes (p. ej., un individuo con miedo a la sangre rechaza ir al médico), pero a veces son menos manifiestas (p. ej., una persona con miedo a las serpientes rechaza mirar imágenes que le recuerden el contorno o la forma de las serpientes). Algunos individuos con fobia específica sufren durante muchos años y cambian sus circunstancias vitales en función de la necesidad de evitar al máximo el objeto o la situación fóbica (p. ej., un individuo diagnosticado con fobia específica animal que se traslada a residir a un área donde no existan los animales concretos a los que teme). De esta forma, dejan de experimentar el miedo o la ansiedad en su vida cotidiana. En estos casos, las conductas de evitación o de rechazo reiterativo a participar en actividades, dependiendo de la exposición al objeto o a la situación fóbica (p. ej., la reiterada negativa a aceptar ofertas de trabajo relacionadas con viajar a causa del miedo a volar) podrían ayudar a confirmar el diagnóstico en ausencia de ansiedad o angustia marcadas.

El miedo y la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real que el objeto o la situación conlleva, o más intensos de lo que se consideraría necesario (Criterio D). Aunque los sujetos con fobia específica suelen reconocer que sus reacciones son desproporcionadas, tienden a sobrestimar el peligro en las situaciones temidas y, por lo tanto, será el clínico el que deberá valorar si la reacción es desproporcionada o no. También se debería tener en cuenta el ámbito sociocultural del individuo. Por ejemplo, el miedo a la oscuridad puede ser razonable en el contexto de una violencia continua, y el miedo a los insectos sería incoherente en los lugares donde se consumen insectos en la dieta. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, por lo general con una duración de 6 meses o más (Criterio E), lo que ayuda a distinguir la enfermedad de los temores transitorios que son comunes en la población, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración debe ser utilizado como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. Para diagnosticar el trastorno, la fobia específica debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad (Criterio F).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con fobias específicas suelen experimentar una mayor activación fisiológica cuando prevén o se exponen a un objeto o situación fóbica. Sin embargo, la respuesta fisiológica a la situación u objeto temido varía. Mientras que los individuos con fobias específicas situacionales, al entorno natural y a animales son más propensos a mostrar activación del sistema nervioso simpático, las personas con fobia específica a la sangre-inyecciones-heridas a menudo pueden presentar una respuesta vasovagal de desmayos o sensación de desmayo que se caracteriza por una aceleración inicial y fugaz de la frecuencia cardíaca y una elevación de la tensión arterial, seguida por una desaceleración de la frecuencia cardíaca y un descenso de la presión arterial. Los modelos actuales de sistemas neuronales para la fobia específica, y para otros trastornos de ansiedad, hacen hincapié en el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia anual de la fobia específica entre la población general es del 7-9 % aproximadamente. Las tasas de prevalencia en los países europeos son en gran medida similares a las de Estados Unidos (p. ej., alrededor del 6 %), pero las cifras son generalmente más bajas en Asia, África y los países de América Latina (2-4 %). Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5 % en los niños y del 16 % entre los de 13 a 17 años de edad. Las tasas de prevalencia son más bajas en las personas mayores (alrededor de 3-5 %), lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones en una proporción aproximada de 2:1, aunque las tasas varían en función de los distintos estímulos fóbicos. Es decir, las fobias específicas a los animales, al entorno natural y situacionales se presentan predominantemente en las mujeres, mientras que la fobia específica a la sangre-inyección-herida se produce de una forma casi similar en ambos sexos.

Desarrollo y curso

La fobia específica, en ocasiones, se desarrolla tras un acontecimiento traumático (p. ej., haber sido atacado por un animal o atrapado en un ascensor), la observación de otros individuos que sufren

traumatismos (p. ej., presenciar caídas), una crisis de pánico inesperada en una situación que se convertirá en temida (p. ej., una crisis de pánico inesperada mientras se viaja en metro) o la transmisión de informaciones (p. ej., reportajes en los medios de comunicación sobre catástrofes aéreas). Sin embargo, muchas personas con fobia específica son incapaces de recordar la razón concreta por la que aparecieron sus fobias. La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años, siendo la edad media de unos 10 años. Las fobias específicas situacionales presentan una edad de inicio más tardía que las fobias específicas del entorno natural, animal o a la sangre-inyección-herida. Las fobias específicas que se inician en la infancia y la adolescencia suelen sufrir altibajos durante ese período. Sin embargo, las fobias que persisten en la edad adulta rara vez suelen remitir.

Cuando se diagnostica una fobia específica en niños, se deben considerar dos aspectos. En primer lugar, los niños pequeños pueden expresar su miedo y ansiedad con llanto, berrinches, parálisis o abrazos. En segundo lugar, los niños pequeños no suelen ser capaces de entender el concepto de evitación. Por lo tanto, el clínico debe reunir información adicional de los padres, profesores u otras personas que conozcan bien al niño. Los temores excesivos son bastante comunes entre los niños pequeños, pero son generalmente transitorios y sólo afectan ligeramente, por lo que se consideran propios del desarrollo. En tales casos, no se hará un diagnóstico de fobia específica. Cuando se está considerando el diagnóstico de fobia específica en un niño, es importante evaluar el grado de invalidez y la duración del temor, la ansiedad o la evitación, y si es típico para la etapa concreta de desarrollo del niño.

Aunque la prevalencia de fobia específica es menor en las poblaciones de mayor edad, continúa siendo uno de los trastornos más comúnmente padecidos en edades avanzadas. En el diagnóstico de fobia específica en las poblaciones mayores se deberían considerar varios aspectos. En primer lugar, las personas mayores suelen ser más propensas a presentar fobias específicas del entorno natural, así como fobias a las caídas. En segundo lugar, la fobia específica (como todos los trastornos de ansiedad) tiende a ocurrir conjuntamente con otros trastornos médicos en las personas de más edad, como la enfermedad coronaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tercer lugar, las personas mayores pueden ser más propensas a atribuir los síntomas de ansiedad a afecciones médicas. En cuarto lugar, las personas mayores pueden ser más propensas a manifestar la ansiedad de una manera atípica (p. ej., manifestando síntomas de ansiedad y depresión al mismo tiempo) y, por lo tanto, es más probable justificar un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado. Además, la presencia de una fobia específica en los adultos mayores está asociada con una disminución de la calidad de vida y puede ser un factor de riesgo de trastorno neurocognitivo importante.

Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la infancia y la adolescencia, se pueden desarrollar a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas. Por ejemplo, las fobias a la asfixia casi siempre son consecuencia de un acontecimiento cercano a la asfixia a cualquier edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, como la afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual, son también factores de riesgo para otros trastornos de ansiedad.

Ambientales. Los factores de riesgo ambientales para las fobias específicas, como la sobreprotección de los padres, la pérdida de los padres, la separación, el maltrato físico y los abusos sexuales, tienden a predecir también otros trastornos de ansiedad. Como se señaló anteriormente, a veces (pero no siempre) las exposiciones negativas o traumáticas al objeto o situación temida preceden al desarrollo de la fobia específica.

Genéticos y fisiológicos. Puede haber una susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica (p. ej., una persona con un familiar de primer grado con una fobia específica a los animales es significativamente más propensa a tener la misma fobia específica que cualquier otra fobia de otra categoría). Las personas con fobia a la sangre-inyección-herida muestran una tendencia singular para el síncope vasovagal (desmayo) en presencia del estímulo fóbico.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En Estados Unidos, los asiáticos y los latinos presentan tasas significativamente más bajas de fobia específica que los blancos no latinos, los afroamericanos y los nativos americanos. Además de tener una menor prevalencia de fobia específica, algunos países aparte de Estados Unidos, en particular los países de Asia y África, presentan diferencias en el contenido de la fobia, la edad de inicio y las frecuencias por género.

Riesgo de suicidio

Los sujetos con fobia específica tienen un 60 % más de probabilidades de cometer intentos de suicidio que las personas no diagnosticadas. Sin embargo, es probable que estas tasas elevadas se deban principalmente a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad y otros trastornos de ansiedad.

Consecuencias funcionales de la fobia específica

Las personas con fobia específica muestran unos patrones de deterioro del funcionamiento psicosocial y una disminución de la calidad de vida similares a los de los individuos con otros trastornos de ansiedad y con trastornos por consumo de alcohol y de sustancias, incluidos problemas en el trabajo y el funcionamiento interpersonal. En las personas mayores se puede observar el deterioro en las labores de cuidado y en las actividades de voluntariado. Además, el miedo a las caídas en las personas de edad avanzada puede llevar a una movilidad reducida y a una pérdida del funcionamiento físico y social, y puede conducir a la necesidad de apoyo doméstico en el hogar de manera formal o informal. La angustia y el deterioro causados por las fobias específicas tienden a aumentar con el número de objetos y situaciones temidas. Así, un individuo que teme a cuatro objetos o situaciones es probable que tenga más deterioro en su desempeño profesional y social, y una menor calidad de vida, que una persona que tema a un solo objeto o situación.

Las personas con fobia específica a la sangre, las inyecciones y las heridas a menudo son reacias a solicitar ayuda médica incluso cuando tienen problemas de salud. Asimismo, el miedo a vomitar y a atragantarse puede reducir sustancialmente la ingesta dietética.

Diagnóstico diferencial

Agorafobia. La fobia específica situacional puede parecerse a la agorafobia en la presentación clínica, dada la similitud de las situaciones temidas (p. ej., volar, lugares cerrados, ascensores). Si un individuo teme sólo a una de las situaciones de agorafobia, entonces se puede realizar el diagnóstico de fobia específica situacional. Si teme a dos o más situaciones de agorafobia, el diagnóstico de agorafobia estaría probablemente justificado. Por ejemplo, una persona que teme a los aviones y a los ascensores (que coinciden con la situación agorafóbica "transporte público"), pero no teme a otras situaciones de agorafobia, será diagnosticada de fobia específica situacional, mientras que una persona que teme a los aviones, a los ascensores y a las multitudes (que coinciden con dos situaciones de agorafobia, "uso del transporte público" y "hacer cola o estar en una multitud"), será diagnosticada de agorafobia. También podría ser útil para diferenciar la agorafobia de la fobia específica el criterio B de la agorafobia (las situaciones son temidas o evitadas debido a "tener pensamientos sobre el desarrollo de unos síntomas similares a la crisis de pánico u otros síntomas incapacitantes o humillantes en situaciones en las que sería difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda"). Si las situaciones son temidas por otros motivos, como el miedo a ser dañado directamente por el objeto o situación (p. ej., el miedo a estrellarse en avión, a la mordedura de los animales), podría ser más apropiado el diagnóstico de fobia específica.

Trastorno de ansiedad social. Si las situaciones son temidas debido al miedo a una evaluación social negativa, se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad social en lugar de la fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. Si las situaciones temidas son debidas a la separación de un cuidador principal o de una figura de apego, se debe hacer el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación, en lugar del de fobia específica.

Trastorno de pánico. Las personas con fobias específicas pueden experimentar ataques de pánico cuando se enfrentan con la situación o el objeto temido. Se establecerá un diagnóstico de fobia específica si las crisis de pánico sólo se producen en respuesta al objeto o la situación específica, mientras que si la persona también experimenta crisis de pánico de forma inesperada (esto es, no en respuesta al objeto específico o situación), se establecerá un diagnóstico de trastorno de pánico.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Si el miedo o la ansiedad primaria del individuo es hacia un objeto o situación como consecuencia de ideas obsesivas (p. ej., miedo a la sangre debido a pensamientos obsesivos sobre la contaminación por agentes patógenos transmitidos por la sangre [p. ej., el VIH], miedo a conducir debido a imágenes obsesivas de daño a los demás), y si se observan otros criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo, entonces se hará el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo.

Trauma y trastornos relacionados con estresantes. Si la fobia se desarrolla después de un evento traumático, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, los acontecimientos traumáticos pueden preceder a la aparición del TEPT y de la fobia específica. En este caso, el diagnóstico de fobia específica se asignará únicamente si no se cumplen todos los criterios del TEPT.

Trastornos de la alimentación. No se establece el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita exclusivamente a los alimentos y a los aspectos relacionados con los alimentos, en cuyo caso deberá considerarse un diagnóstico de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Cuando el miedo y la evitación se deben a ideas delirantes (como en la esquizofrenia u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), el diagnóstico de fobia específica no estaría justificado.

Comorbilidad

La fobia específica es poco frecuente en los ambientes médicos o clínicos en ausencia de otra psicopatología, y se ve con más frecuencia en los entornos no médicos relacionados con la salud mental. La fobia específica se asocia con frecuencia a una amplia variedad de otros trastornos, especialmente a la depresión en las personas mayores. Debido a su aparición temprana, la fobia específica es clásicamente un trastorno temporal primario.

Las personas con fobia específica tienen mayor riesgo de desarrollar otros trastornos, entre los que están los demás trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos por consumo de sustancias, los síntomas somáticos y trastornos relacionados, y los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno de la personalidad dependiente).

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Criterios diagnósticos 300.23 (F40.10)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

   Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

   Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.
J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si:

Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.

Especificadores

Los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación tienen miedos de actuación que son típicamente los que resultan más incapacitantes en su vida profesional (p. ej., músicos, bailarines, artistas, deportistas) o en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. Los temores de actuación también pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o el ámbito académico en el que se requieren presentaciones públicas regulares. Los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación no temen ni evitan las situaciones sociales sin actuación.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás. En los niños, el miedo o la ansiedad se debe producir en las reuniones con los individuos de su misma edad y no sólo durante las interacciones con los adultos (Criterio A). Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente. El sujeto teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable. El individuo con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada (Criterio B). Algunas personas tienen miedo a ofender a los demás y, en consecuencia, a ser rechazados. El miedo a ofender a los demás –por ejemplo, por una mirada o al mostrar síntomas de ansiedad– puede ser el miedo predominante en los individuos de culturas de fuerte orientación colectivista. Una persona con miedo al temblor de manos puede evitar beber, comer, escribir o señalar en público; una persona con miedo a la sudoración puede evitar dar la mano o comer alimentos picantes; y una persona con miedo a sonrojarse puede evitar actuar en público, las luces brillantes o la discusión de temas íntimos. Algunas personas temen y evitan orinar en los baños públicos cuando están presentes otras personas (esto es, paruresis o "síndrome de la vejiga tímida").

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad (Criterio C). Por lo tanto, un individuo que se pone ansioso sólo de vez en cuando en situaciones sociales no será diagnosticado de trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el grado y el tipo del miedo y de ansiedad pueden variar en las diferentes ocasiones (p. ej., ansiedad anticipatoria, crisis de pánico). La ansiedad anticipatoria a veces puede ocurrir mucho antes al prever situaciones futuras (p. ej., preocupación diaria a lo largo de las semanas anteriores a asistir a un evento social, repitiendo el discurso durante los días de antelación). En los niños, el miedo o la ansiedad puede expresarse a través de conductas de llanto, rabietas, inmovilidad, aferramiento, encogimiento o incapacidad de hablar en situaciones sociales. Por otra parte, si la situación social se soporta, es a costa de una intensa ansiedad y malestar (Criterio D).

La evitación puede ser generalizada (p. ej., rechazo a ir a fiestas, a la escuela) o sutil (p. ej., preparar demasiadas veces el texto de un discurso, desviar la atención a los demás para limitar el contacto visual).

El miedo o la ansiedad son desproporcionados al riesgo real que plantea la situación de ser evaluado negativamente y para las consecuencias de dicha evaluación negativa (Criterio E). A veces no se puede juzgar la ansiedad como excesiva, ya que está relacionada con un peligro real (p. ej., ser intimidado o atormentado por terceros). Sin embargo, las personas con trastorno de ansiedad social tienden a menudo a sobrestimar las consecuencias negativas de las situaciones sociales y, por lo tanto, es el clínico el que debería decidir si la actitud es desproporcionada o no. Al realizar este juicio se debería tener en cuenta el contexto sociocultural del individuo. Por ejemplo, en ciertas culturas se podría considerar socialmente apropiado un comportamiento que los demás podrían identificar como de ansiedad social (p. ej., se podría ver como una señal de respeto).

La duración de la perturbación es típicamente de al menos 6 meses (Criterio F). Este límite de duración ayuda a distinguir la enfermedad de los miedos sociales transitorios que son comunes en la sociedad, especialmente entre los niños. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como una guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la rutina normal de la persona, la ocupación o el funcionamiento académico o las actividades, las relaciones sociales, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales o importantes por otros motivos para el sujeto (Criterio G). Por ejemplo, una persona que teme hablar en público no será diagnosticada de fobia social si su trabajo o su actividad escolar no le exigen la pronunciación habitual de discursos y no se siente especialmente preocupada por este tema. Los temores a que ciertas situaciones sociales resulten embarazosas son frecuentes, pero el grado de malestar o el deterioro general que suelen provocar no suelen ser lo suficientemente intensos como para permitir diagnosticar con seguridad una fobia social. Sin embargo, si el individuo evita o elude el trabajo o la educación que realmente desea debido a los síntomas de ansiedad social, se cumple el Criterio G.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden ser inadecuadamente asertivos o excesivamente sumisos, o, con menor frecuencia, ejercer un gran control sobre las conversaciones. Pueden mostrar posturas corporales excesivamente rígidas o un contacto ocular inadecuado, o hablar con una voz demasiado suave. Estos individuos pueden ser tímidos o retraídos y pueden ser poco abiertos en las conversaciones o hablar poco acerca de sí mismos. Pueden buscar empleo en puestos de trabajo que no requieran entablar contactos sociales, aunque no sea éste el caso de los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación. Estas personas pueden vivir en la casa familiar durante más tiempo. Los varones pueden demorarse a la hora de casarse y crear una familia, mientras que las mujeres con deseos de trabajar fuera de casa pueden acabar viviendo como amas de casa y madres. Es común la automedicación con sustancias (p. ej., beber antes de asistir a una fiesta). La ansiedad social entre los adultos mayores también puede incluir la exacerbación de los síntomas de enfermedades médicas, tales como aumento del temblor o taquicardia. El rubor es una respuesta física característica del trastorno de ansiedad social.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia estimada anual del trastorno de ansiedad social es de aproximadamente el 7 %. En gran parte del mundo se observan cifras menores de prevalencia estimada anual utilizando el mismo instrumento diagnóstico, agrupándose en torno al 0,5 -2,0 %; la prevalencia media en Europa es del 2,3 %. Las tasas de prevalencia anual en los niños y los adolescentes son comparables a las de los adultos. La tasa de prevalencia disminuye con la edad. La prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5 %. En general, en la población general se han encontrado cifras más altas del trastorno de ansiedad social en las mujeres que en los varones (con *odds ratios* que oscilan entre 1,5 y 2,2), y la diferencia entre géneros es más marcada en los adolescentes y los adultos jóvenes. En la población clínica, las cifras de prevalencia según el género son similares o ligeramente más altas en los varones, y esto hace pensar que las funciones del género y las expectativas sociales desempeñan un papel importante en la explicación de una mayor búsqueda de ayuda en los pacientes de sexo masculino. La prevalencia en Estados Unidos es mayor en los indígenas americanos y menor en las personas de origen asiático, latino, afroamericano y de ascendencia afrocaribeña que en los blancos no hispanos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio del trastorno de ansiedad social en Estados Unidos es de 13 años, y el 75 % de los individuos tiene una edad de inicio entre los 8 y 15 años. En estudios de Estados Unidos y Europa se observa que el trastorno a veces emerge a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. También puede ocurrir en la primera infancia. El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vómitos durante un discurso público), o puede surgir de forma lenta e insidiosa. Una primera aparición en la edad adulta es relativamente rara y es más probable que ocurra después de un evento estresante o humillante, o después de cambios vitales que requieren nuevos roles sociales (p. ej., casarse con alguien de una clase social diferente, obtener un ascenso de trabajo). La fobia social puede disminuir cuando el individuo, que siente temor por las citas con las chicas, logra casarse, y puede volver a aparecer con toda su intensidad tras el divorcio. Entre las personas que acuden a consulta, el trastorno tiende a ser particularmente persistente.

Los adolescentes manifiestan un patrón más amplio de miedo y evitación, incluidas las citas amorosas, en comparación con los niños más pequeños. Los adultos mayores expresan niveles de ansiedad social más bajos pero en una amplia gama de situaciones, mientras que los adultos más jóvenes expresan mayores niveles de ansiedad social en situaciones específicas. En las personas mayores, la ansiedad social puede deberse a una discapacidad debido a una disminución del funcionamiento sensorial (audición, visión), o a vergüenza a causa del aspecto (p. ej., el temblor como síntoma de la enfermedad de Parkinson), o del funcionamiento debido a afecciones médicas, incontinencia o deterioro cognitivo (p. ej., olvidar los nombres de las personas). En la comunidad, aproximadamente el 30 % de las personas con trastorno de ansiedad social experimenta remisión de los síntomas en 1 año, y en torno al 50 % experimenta remisión en unos pocos años. Para aproximadamente el 60 % de las personas que no recibe un tratamiento específico para la fobia social, el curso va a ser de varios años o más.

La detección del trastorno de ansiedad social en los adultos mayores puede ser un reto debido a diversos factores, como mayor atención a los síntomas somáticos, enfermedades médicas asociadas, limitada conciencia de enfermedad, cambios en el entorno social o en sus funciones que pueden ocultar su deterioro en el funcionamiento social, o debido a su reticencia a detallar sus problemas psicológicos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los rasgos subyacentes que predisponen a las personas al trastorno de ansiedad social son la inhibición del comportamiento y el miedo a la evaluación negativa.

Ambientales. No se evidencia un papel causal del maltrato infantil u otro factor de adversidad psicosocial de aparición temprana en el desarrollo del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el maltrato infantil y la adversidad son factores de riesgo para el trastorno de ansiedad social.

Genéticos y fisiológicos. Los rasgos que predisponen a la ansiedad social, tales como la inhibición conductual, están altamente influenciados genéticamente. La influencia genética está sujeta a la interacción gen-ambiente; así, los niños con alta inhibición conductual son más susceptibles a las influencias ambientales, como el modelado de la ansiedad social por los padres. Además, el trastorno de ansiedad social es hereditario (pero lo es menos la fobia social sólo de actuación). Los familiares de primer grado tienen de dos a seis veces más posibilidades de tener trastorno de ansiedad social, y esta predisposición supone una interacción entre trastornos genéticos específicos (p. ej., el miedo a una evaluación negativa) e inespecíficos (p. ej., el neuroticismo).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El síndrome de *taijin kyofusho* (p. ej., en Japón y Corea) a menudo se caracteriza por una preocupación por la evaluación social y cumple los criterios del trastorno de ansiedad social que se asocian al temor a hacer que otras personas se sientan incómodas (p. ej., "mi mirada molesta a la gente, por lo que miran hacia otro lado y me evitan"); se trata de un miedo que a veces se experimenta con intensidad delirante. Este síntoma también se puede encontrar en lugares no asiáticos. Otras presentaciones de *taijin kyofusho* pueden cumplir los criterios del trastorno dismórfico corporal o del trastorno delirante.

El estatus de inmigrante se asocia con tasas significativamente más bajas de trastorno de ansiedad social en los grupos de blancos latinos y no latinos. Las tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad social pueden no estar en consonancia con los niveles de ansiedad social autopercibidos en la misma cultura; es decir, las sociedades con fuertes orientaciones colectivistas pueden referir altos niveles de ansiedad social pero una baja prevalencia del trastorno de ansiedad social.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres con trastorno de ansiedad social refieren un mayor número de miedos sociales y trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad comórbidos, mientras que los varones son más propensos a temer a las citas, a tener un trastorno negativista desafiante o un trastorno de conducta y al uso de alcohol y drogas para aliviar los síntomas del trastorno. La paruresis es más común en los varones.

Consecuencias funcionales de la fobia social

El trastorno de ansiedad social se asocia con tasas elevadas de abandono escolar y con alteraciones del bienestar, el empleo, la productividad laboral, el nivel socioeconómico y la calidad de vida. El trastorno de ansiedad social también se asocia con estar solo, soltero o divorciado y con no tener hijos, sobre todo entre los varones. En las personas mayores puede observarse el deterioro en las labores de cuidado y en las actividades de voluntariado. El trastorno de ansiedad social también impide las actividades de ocio. A pesar de la magnitud de la angustia y del deterioro social asociados al trastorno de ansiedad social, en las sociedades occidentales la mitad de los individuos con este trastorno nunca busca tratamiento y tiende a hacerlo sólo después de 15-20 años de experimentar síntomas. No tener empleo es un factor que predice claramente la persistencia del trastorno de ansiedad social.

Diagnóstico diferencial

Timidez normal. La timidez (esto es, la reticencia social) es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo. En algunas sociedades, la timidez incluso se evalúa de forma positiva. Sin embargo, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social cuando exista un impacto negativo considerable en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes de funcionamiento, y si se cumplieran todos los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social, se debería diagnosticar éste. En Estados Unidos sólo una minoría (12 %) de los individuos que se autoidentifican como tímidos tiene los síntomas que cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad social.

Agorafobia. Las personas con agorafobia pueden temer y evitar las situaciones sociales (p. ej., ir al cine) cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico o de sentirse incapacitados, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad social muestran un mayor temor a las evaluaciones negativas de los demás. Por otra parte, los individuos con trastorno de ansiedad social probablemente puedan mantener mejor la calma si se les deja completamente solos, lo que no suele ocurrir en el caso de la agorafobia.

Trastorno de pánico. Las personas con trastorno de ansiedad social pueden tener crisis de pánico, pero la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en las crisis de pánico en sí mismas.

Trastorno de ansiedad generalizada. Las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada, especialmente los niños, pueden tener una preocupación excesiva por la calidad de su desempeño social, pero estas preocupaciones también deben estar relacionadas con la conducta no social y con situaciones en las que el individuo no está siendo evaluado por los demás. En el trastorno de ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y en la evaluación por parte de los demás.

Trastorno de ansiedad por separación. Las personas con trastorno de ansiedad por separación pueden evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir la escuela) porque les preocupa la separación de las figuras de apego o, en los niños, porque necesitan la presencia de un progenitor cuando no es propio de su etapa del desarrollo. Las personas con trastorno de ansiedad por separación habitualmente están cómodas en las situaciones sociales cuando sus figuras de apego están presentes o cuando están

en casa, mientras que en el trastorno de ansiedad social pueden sentirse incómodas en su casa o ante la presencia de las figuras de apego.

Fobias específicas. Las personas con fobias específicas pueden temer a la vergüenza o a la humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse mientras les extraen sangre), pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo. Los individuos con mutismo selectivo pueden no hablar por miedo a la evaluación negativa, pero no sienten miedo a dicha evaluación en las situaciones sociales en que no se requiere hablar (p. ej., el juego no verbal).

Trastorno depresivo mayor. A los individuos con trastorno depresivo mayor les puede preocupar que los demás les evalúen negativamente porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos. Sin embargo, a las personas con trastorno de ansiedad social les preocupa que se les evalúe negativamente debido a ciertos comportamientos sociales o a síntomas físicos.

Trastorno dismórfico corporal. Los individuos con trastorno dismórfico corporal están preocupados por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que no son observables por los demás o tan sólo lo son ligeramente; esta preocupación a menudo causa ansiedad social y evitación. Si sus miedos sociales y la evitación son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justificaría un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad social.

Trastorno delirante. Los individuos con trastorno delirante pueden tener delirios no extravagantes y alucinaciones relacionadas con un tema delirante que se centra en ser rechazado u ofender a los demás. Aunque la percepción de las creencias acerca de las situaciones sociales puede variar, muchas personas con trastorno de ansiedad social son bastante conscientes de que sus creencias son desproporcionadas respecto a la amenaza real que supone la situación social.

Trastorno del espectro autista. La ansiedad social y los déficits de la comunicación social son característicos del trastorno del espectro autista. Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden tener relaciones sociales apropiadas para la edad y suficiente capacidad de comunicación social, a pesar de que pueda parecer que tienen un deterioro en estas áreas cuando empiezan a interactuar con otros individuos desconocidos.

Trastornos de la personalidad. Dada su aparición frecuente en la infancia y su persistencia en la edad adulta y a lo largo de ella, el trastorno de ansiedad social puede asemejarse a un trastorno de la personalidad. El trastorno que aparentemente más se superpone es el trastorno de la personalidad evitativa. Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con trastorno de ansiedad social. Sin embargo, el trastorno de ansiedad social presenta típicamente más comorbilidad con el trastorno de la personalidad evitativa que con otros trastornos de la personalidad, y el trastorno de la personalidad evitativa presenta más comorbilidad con el trastorno de ansiedad social que con los otros trastornos de ansiedad.

Otros trastornos mentales. Los miedos sociales y el malestar social pueden formar parte de la esquizofrenia, pero existe evidencia de la presencia de otros síntomas psicóticos. En los individuos con trastorno de la alimentación, antes de realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social es importante determinar que el miedo a una evaluación negativa de los síntomas o comportamientos del trastorno (p. ej., las purgas y los vómitos) no debe ser la única fuente de ansiedad social. Del mismo modo, el trastorno obsesivo-compulsivo puede estar asociado con la ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social sólo se utiliza cuando los miedos sociales y la evitación son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas. Las enfermedades médicas pueden producir síntomas que pueden ser embarazosos (p. ej., el temblor en la enfermedad de Parkinson). Cuando el miedo a la evaluación negativa debido a otras afecciones médicas es excesivo, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social.

Trastorno negativista desafiante. La negativa a hablar debido a una oposición hacia las figuras de autoridad debe diferenciarse de la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa.

Comorbilidad

El trastorno de ansiedad social es a menudo comórbido con otros trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo mayor y con los trastornos por consumo de sustancias; la aparición del trastorno de ansiedad social, en general, precede a la de los otros trastornos, a excepción de la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. El aislamiento social crónico en el curso de un trastorno de ansiedad social puede provocar un trastorno depresivo mayor. La comorbilidad con la depresión es también alta en los adultos mayores. Las sustancias se pueden utilizar como automedicación para los miedos sociales, pero los síntomas de la intoxicación o de la abstinencia de sustancias, tales como el temblor, también pueden ser una fuente de (aún más) miedo social. El trastorno de ansiedad social es comórbido con frecuencia con el trastorno dismórfico corporal o el trastorno bipolar; por ejemplo, una persona tiene un trastorno dismórfico corporal en relación con una ligera irregularidad de la nariz y un trastorno de ansiedad social debido a un miedo intenso a parecer poco inteligente. La forma más generalizada del trastorno de ansiedad social, pero no del trastorno de ansiedad social sólo de actuación, es a menudo comórbida con el trastorno de la personalidad evitativa. En los niños es frecuente la comorbilidad con el autismo de alto funcionamiento y el mutismo selectivo.

Trastorno de pánico

Criterios diagnósticos 300.01 (F41.0)

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de "volverse loco".
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, "volverse loco").
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en repuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación)

Características diagnósticas

El *trastorno de pánico* se refiere a ataques de pánico inesperados y recurrentes (Criterio A). Un ataque de pánico es una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, y durante ese tiempo se producen cuatro o más síntomas físicos y cognitivos de una lista de 13 síntomas.

El término *recurrente* significa literalmente más de una crisis de pánico inesperada. El término *inesperado* se refiere a un ataque de pánico para el que no hay señal obvia o desencadenante en el momento de la aparición –es decir, el ataque parece ocurrir a partir de la nada, como cuando el individuo se relaja, o aparece durante el sueño (ataque de pánico nocturno)–. En contraste, los ataques de pánico *esperados* son aquellos para los cuales existe una señal obvia o un desencadenante, como una situación en la que normalmente aparecen los ataques de pánico. La determinación de si los ataques de pánico son esperados o inesperados debe hacerla el clínico, que realiza este juicio basándose en la combinación de un interrogatorio cuidadoso en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque y la propia opinión del individuo sobre si el ataque ha aparecido con una razón aparente o sin ella. Pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico, según sean inesperados o esperados, las interpretaciones culturales (consulte la sección "Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura" para este trastorno). En Estados Unidos y en Europa, aproximadamente la mitad de los individuos con trastorno de pánico presenta ataques de pánico esperados y también inesperados. Por lo tanto, la presencia de ataques de pánico esperados no descarta el diagnóstico de trastorno de pánico. Para más detalles sobre los ataques esperados frente a los ataques de pánico inesperados, véase el texto sobre los ataques de pánico (págs. 214-217).

La frecuencia y la gravedad de los ataques de pánico varían ampliamente. En cuanto a la frecuencia, algunos individuos presentan las crisis con una periodicidad moderada (p. ej., una vez a la semana) pero regular desde unos meses antes hasta el momento actual. Otros describen breves salvas de crisis más frecuentes (p. ej., cada día) separadas por semanas o meses sin padecer un solo ataque, o bien los presentan con una frecuencia considerablemente menor (p. ej., dos cada mes) durante un período de varios años. Las personas que tienen ataques de pánico infrecuentes se parecen a que tienen ataques más frecuentes en lo que se refiere a síntomas, características demográficas, comorbilidad con otros trastornos, antecedentes familiares y datos biológicos. En cuanto a la gravedad, las personas con trastorno de pánico pueden tener ataques completos (cuatro o más síntomas) o limitados (menos de cuatro síntomas), y el número y el tipo de los síntomas con frecuencia difieren entre un ataque de pánico y el siguiente. Sin embargo, va a ser necesaria más de una crisis inesperada con síntomas completos para el diagnóstico del trastorno de pánico.

Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida (p. ej., la enfermedad coronaria, un trastorno comicial), a pesar de los controles médicos repetidos que descartan esta posibilidad. Son frecuentes las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por los demás, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco", que se está perdiendo el control o que suponen cierta debilidad emocional (Criterio B). Algunos individuos con crisis de angustia recidivantes experimentan un cambio de comportamiento significativo (p. ej., abandonan su puesto de trabajo), pero niegan tener miedo a nuevas crisis de angustia o estar preocupados por sus posibles consecuencias. La preocupación por la posible aparición de nuevas crisis de angustia o sus posibles consecuencias suele asociarse al desarrollo de comportamientos de evitación que pueden reunir los criterios de agorafobia, en cuyo caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia. Puede haber cambios de comportamiento desadaptativos para intentar minimizar o evitar nuevos ataques de pánico y

sus consecuencias. Algunos ejemplos incluyen evitar el esfuerzo físico, reorganizar la vida diaria para garantizar la disponibilidad de ayuda en caso de que los síntomas se repitan, lo que restringe las actividades habituales, y evitar situaciones agorafóbicas como salir de casa, usar el transporte público o ir de compras. Si se presenta agorafobia, se hará un diagnóstico independiente de agorafobia.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el ataque de pánico *nocturno* (esto es, despertar del sueño en un estado de pánico, que difiere de la crisis de pánico que se produce después de despertar totalmente del sueño). En Estados Unidos se ha estimado que este tipo de ataque de pánico se produce al menos una vez en aproximadamente de la cuarta a la tercera parte de las personas con trastorno de pánico, de las que la mayoría también puede tener ataques de pánico durante el día. Además de preocuparse por los ataques de pánico y sus consecuencias, muchas personas con trastorno de pánico refieren sensaciones constantes o intermitentes de ansiedad que están más relacionadas en líneas generales con problemas de salud y de salud mental. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico a menudo prevén que un síntoma físico leve o el efecto secundario de un medicamento va a tener un resultado catastrófico (p. ej., piensan que pueden tener una enfermedad cardíaca o que un dolor de cabeza significa la presencia de un tumor cerebral). Tales individuos a menudo son relativamente intolerantes a los efectos secundarios de la medicación. Además puede haber preocupaciones generalizadas sobre si será posible completar las tareas diarias o soportar el estrés diario, un uso excesivo de drogas (p. ej., alcohol, medicamentos o drogas) para controlar los ataques de pánico o comportamientos extremos dirigidos a controlar dichos ataques (p. ej., severas restricciones de la ingesta de alimentos o evitación de determinados alimentos o medicamentos debido a su preocupación por los síntomas físicos que provocan los ataques de pánico).

Prevalencia

En la población general, la prevalencia estimada anual para el trastorno de pánico en Estados Unidos y en varios países europeos está en torno al 2-3 % en los adultos y los adolescentes. En Estados Unidos se ha informado de tasas significativamente más bajas de trastorno de pánico entre los latinos, los afroamericanos, los negros caribeños y los asiáticos americanos que en los blancos no latinos y los indios americanos, que, por el contrario, tienen tasas significativamente más altas. Se han documentado estimaciones más bajas para los países asiáticos, africanos y latinoamericanos, que van del 0,1 al 0,8 %. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente 2:1. La diferenciación entre ambos géneros se produce en la adolescencia y ya es observable antes de la edad de 14 años. Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, la prevalencia global de trastornos de pánico es baja antes de los 14 años de edad (< 0,4 %). Los índices del trastorno de pánico muestran un aumento gradual durante la adolescencia, particularmente en las mujeres y posiblemente a raíz de la aparición de la pubertad, y alcanzan el máximo durante la edad adulta. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas mayores (p. ej., el 0,7 % en las personas mayores).

Desarrollo y curso

La media de la edad de inicio de los síntomas del trastorno de pánico en Estados Unidos es de 20 a 24 años. Un pequeño número de casos comienza en la infancia, y la aparición después de los 45 años es poco común, aunque puede ocurrir. El curso normal, si el trastorno no se trata, es crónico pero con oscilaciones. Algunos individuos pueden tener brotes episódicos con años de remisión entre ellos, y otros pueden tener una sintomatología intensa continua. Sólo una minoría de los individuos alcanza una remisión completa durante algunos años sin ninguna recaída posterior. El curso del trastorno de pánico habitualmente se complica por una serie de trastornos, en particular por otros trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastornos depresivos (véase la sección de "Comorbilidad" para este trastorno).

Aunque el trastorno de pánico es muy poco frecuente en la infancia, la primera aparición de "episodios de miedo" a menudo se remonta de forma retrospectiva a la niñez. Como en los adultos, el trastorno de pánico en los adolescentes tiende a tener un curso crónico y suele ser comórbido con otros trastornos de ansiedad, con la depresión y con el trastorno bipolar. Hasta la fecha no se han encontrado diferencias de presentación clínica entre los adolescentes y los adultos. Sin embargo, los adolescentes pueden estar menos preocupados por los ataques de pánico que los adultos jóvenes. La baja prevalencia del trastorno de pánico en los adultos mayores parece ser atribuible a una "amortiguación" relacionada

con la edad que se produce en la respuesta del sistema nervioso autónomo. Se observó que muchas personas mayores con "sentimientos de pánico" parecían presentar un cuadro "híbrido" de ataques de pánico con síntomas limitados y ansiedad generalizada. También, los adultos mayores tienden a atribuir sus ataques de pánico a ciertas situaciones estresantes, como un procedimiento médico o situaciones sociales. Las personas de edad avanzada pueden proporcionar explicaciones para el ataque de pánico restrospectivamente (lo que impediría el diagnóstico de trastorno de pánico), incluso en caso de que el ataque haya sido realmente inesperado en ese momento (y, por lo tanto, válido para el diagnóstico del trastorno de pánico). De esto puede deducirse un infradiagnóstico de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores. Por lo tanto, en los adultos mayores será necesario un cuidadoso interrogatorio para evaluar si los ataques de pánico son esperados o inesperados antes de entrar en la situación y así no pasar por alto los ataques de pánico inesperados y el diagnóstico de trastorno de pánico.

Aunque la baja tasa de trastornos de pánico en los niños podría relacionarse con sus dificultades para explicar los síntomas, esto parece poco probable dado que los niños son capaces de comunicar el miedo intenso o el pánico relacionado con la separación y con los objetos o las situaciones fóbicas. Los adolescentes podrían estar menos dispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico. Por lo tanto, los clínicos deben ser conscientes de que los ataques de pánico inesperados aparecen tanto en los adolescentes como en los adultos, y se debería pensar en esta posibilidad cuando se encuentran con adolescentes que presentan episodios de intenso miedo o angustia.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico y, de manera independiente, para preocuparse por los ataques de pánico, aunque se desconoce su implicación en el riesgo para el diagnóstico del trastorno de pánico. Una historia de "episodios de miedo" (esto es, ataques con síntomas limitados que no cumplen todos los criterios durante una crisis de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico posterior. Aunque la ansiedad por separación en la infancia, sobre todo cuando es grave, puede preceder al desarrollo posterior de un trastorno de pánico, no siempre es un factor de riesgo.

Ambientales. La historia de experiencias infantiles de abusos sexuales y malos tratos físicos es más frecuente en el trastorno de pánico que en algunos otros trastornos de ansiedad. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico y el trastorno de pánico. La mayoría de las personas refiere factores de estrés identificables en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., factores estresantes interpersonales y factores de estrés relacionados con el bienestar físico, como experiencias negativas con drogas o fármacos, enfermedades o una muerte en la familia).

Genéticos y fisiológicos. Se cree que hay múltiples genes que confieren vulnerabilidad para el trastorno de pánico. Sin embargo, siguen siendo desconocidos los genes exactos, los productos génicos y las funciones relacionadas con las regiones genéticas. Los modelos actuales de sistemas neuronales para el trastorno de pánico resaltan el papel de la amígdala y de las estructuras relacionadas, que también están implicadas en otros trastornos de ansiedad. Hay un aumento del riesgo para el trastorno de pánico entre los hijos de los padres con ansiedad, depresión y trastornos bipolares. Algunas dificultades respiratorias, como el asma, se asocian con el trastorno de pánico en cuanto a antecedentes personales, familiares y de comorbilidad.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La proporción de los temores acerca de los síntomas mentales y somáticos de la ansiedad parece variar entre las culturas y puede influir en la tasa de los ataques de pánico y del trastorno de pánico. Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como inesperados o esperados. Por ejemplo, una persona vietnamita que tiene un ataque de pánico después de caminar en un entorno con mucho viento (*trúng gió*, "golpeado por el viento") puede atribuir el ataque de pánico a la exposición al viento como resultado del síndrome cultural que vincula estas dos experiencias, lo que coloca al ataque de pánico en la clasificación como situacional. Varios otros síndromes culturales se asocian con el trastorno de pánico,

entre los que están el *ataque de nervios* de los latinoamericanos y los ataques *khyâl* y de "pérdida del alma" de los camboyanos. El *ataque de nervios* puede implicar temblores, gritos o llanto incontrolable, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, que se pueden experimentar durante un tiempo más largo que los pocos minutos característicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas del *ataque de nervios* cumplen los criterios de afecciones distintas del ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo especificado). Estos síndromes influyen en los síntomas y en la frecuencia del trastorno de pánico, incluyendo la atribución individual de lo inesperado, ya que los síndromes culturales pueden originar miedo a ciertas situaciones que van desde las discusiones interpersonales (asociadas al *ataque de nervios*) hasta algunos tipos de ejercicio (asociados a los ataques *khyâl*), pasando por el viento atmosférico (asociado a los ataques *trúng gió*). La aclaración de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico inesperados de los esperados. Para obtener más información sobre los síndromes culturales, consulte el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices de esta obra.

Las preocupaciones específicas sobre los ataques de pánico o sobre sus consecuencias tienden a variar de una cultura a otra (y también a través de los diferentes grupos de edad y género). Para el trastorno de pánico, las muestras poblacionales estadounidenses de blancos no latinos presentan un deterioro funcional significativamente menor que las de afroamericanos. También hay mayores índices de gravedad definida objetivamente en los negros caribeños no latinos con trastorno de pánico, y menores tasas de trastorno de pánico global tanto en los afroamericanos como en los afrocaribeños, lo que sugiere que, en los individuos de ascendencia africana, los criterios del trastorno de pánico sólo se satisfacen cuando el trastorno es grave y existe un deterioro sustancial.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las características clínicas del trastorno de pánico no parecen diferir entre los varones y las mujeres. Hay algunas pruebas de dimorfismo sexual, con una asociación entre el trastorno de pánico y el gen de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) sólo en las mujeres.

Marcadores diagnósticos

Agentes con diferentes mecanismos de acción, como el lactato de sodio, la cafeína, el isoproterenol, la yohimbina, el dióxido de carbono y la colecistocinina, pueden provocar ataques de pánico, en los individuos con trastorno de pánico, en un grado mucho mayor que en los controles sanos (y en algunos casos, mucho mayor que en los individuos con otros trastornos de ansiedad, trastorno depresivo o trastorno bipolar sin ataques de pánico). Además, en un porcentaje de individuos con trastorno de pánico, los ataques de pánico se relacionan con detectores medulares hipersensibles al dióxido de carbono, lo que ocasiona hipocapnia y otras irregularidades respiratorias. Sin embargo, ninguno de estos resultados de laboratorio se considera diagnóstico para el trastorno de pánico.

Riesgo de suicidio

Los ataques de pánico y un diagnóstico de trastorno de pánico en los últimos 12 meses están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio y de ideación suicida en los últimos 12 meses, incluso si se consideran la comorbilidad, los antecedentes de maltrato infantil y otros factores de riesgo de suicidio.

Consecuencias funcionales del trastorno de pánico

El trastorno de pánico se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, costes económicos considerables y un mayor número de visitas médicas relacionadas con los trastornos de angustia, aunque estos efectos van a ser más intensos cuando se presenta agorafobia. Los individuos con trastorno de pánico pueden ausentarse con frecuencia del trabajo o de la escuela para ir al médico y a los servicios de urgencias, lo que puede conducir al desempleo o al abandono escolar. En los adultos mayores, el deterioro se puede observar durante las tareas de cuidado y las actividades de voluntariado. Los ataques de pánico con síntomas completos típicamente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., una mayor utilización de los centros de salud, más discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de ansiedad especificados o trastorno de ansiedad no especificado. El trastorno de pánico no se debe diagnosticar si en los ataques de pánico no se presentan los síntomas completos

(inesperados). En el caso de que los ataques de pánico inesperados sólo se presenten con síntomas limitados, debe considerarse el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. El trastorno de pánico no se diagnostica si los ataques de pánico se consideran una consecuencia fisiológica directa de otras afecciones médicas. Los ejemplos de afecciones médicas que pueden causar ataques de pánico son el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, las disfunciones vestibulares, los trastornos convulsivos y las alteraciones cardiopulmonares (p. ej., las arritmias, la taquicardia supraventricular, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]). Las pruebas de laboratorio apropiadas (p. ej., los niveles séricos de calcio para el hiperparatiroidismo, la monitorización por Holter para las arritmias) o los exámenes físicos (p. ej., para las afecciones cardíacas) podrían ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de pánico no se diagnostica si los ataques de pánico son considerados como un efecto fisiológico directo de una sustancia. La intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., la cocaína, las anfetaminas, la cafeína) o cannabis y la retirada de agentes depresores del sistema nervioso central (p. ej., el alcohol, los barbitúricos) pueden precipitar un ataque de pánico. Sin embargo, si los ataques de pánico continúan ocurriendo fuera del contexto del uso de sustancias (p. ej., mucho después de que los efectos de la intoxicación o de la abstinencia hayan finalizado), se debería considerar el diagnóstico de trastorno de pánico. Además, dado que en algunas personas el trastorno de pánico puede preceder al uso de sustancias y estar asociado al aumento del consumo de las mismas y, sobre todo, a los efectos de la automedicación, se debería realizar una historia detallada para determinar si el individuo presentaba ataques de pánico antes del consumo excesivo de esa sustancia. Si éste es el caso, se debe considerar el diagnóstico de trastorno de pánico además del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Características tales como la aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de conciencia, pérdida del control de esfínteres, trastornos del habla, amnesia) sugieren la posibilidad de que otra afección médica o una sustancia pueda estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Otros trastornos mentales con ataques de pánico como característica asociada (p. ej., otros trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos). Los ataques de pánico que suceden como un síntoma de otros trastornos de ansiedad son del tipo esperado (p. ej., provocados por situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social, por objetos o situaciones fóbicas en la fobia específica o la agorafobia, por la preocupación en el trastorno de ansiedad generalizada, por la separación del hogar o de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad de separación) y, por lo tanto, no cumplen los criterios del trastorno de pánico. (**Nota:** A veces, un ataque de pánico inesperado se asocia con la aparición de otro trastorno de ansiedad, pero entonces los ataques se vuelven esperados, mientras que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes.) Si los ataques de pánico se producen sólo en respuesta a desencadenantes específicos, entonces sólo se diagnostica un trastorno de ansiedad específico. Sin embargo, si el individuo experimenta ataques de pánico inesperados y demuestra una inquietud persistente y preocupación o cambios de comportamiento debido a los ataques, entonces se debería considerar el diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

Comorbilidad

El trastorno de pánico se observa con poca frecuencia en la práctica clínica en ausencia de otra psicopatología. La prevalencia del trastorno de pánico es elevada en las personas con otros trastornos, particularmente otros trastornos de ansiedad (especialmente la agorafobia), la depresión mayor, el trastorno bipolar y, posiblemente, el trastorno por consumo moderado de alcohol. Mientras que el trastorno de pánico a menudo tiene una edad de inicio anterior a la del trastorno comórbido, su aparición a veces se produce después de la comorbilidad y puede considerarse un marcador de gravedad de la enfermedad comórbida. Las tasas de por vida referidas para la comorbilidad entre el trastorno de pánico y el trastorno depresivo mayor varían ampliamente, desde el 10 al 65 %, en los individuos con trastorno de pánico. En aproximadamente un tercio de los individuos con ambos trastornos, la depresión precede a la aparición de un trastorno de pánico. En los dos tercios restantes, la depresión se produce coincidiendo con la aparición del trastorno de pánico o después de él. Un subgrupo de individuos con trastorno de pánico acaba desarrollando un trastorno por consumo de sustancias, lo que para algunos representa un

intento de tratar la ansiedad con alcohol o medicamentos. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y el trastorno de ansiedad a causa de una enfermedad también son frecuentes.

El trastorno de pánico es comórbido de manera significativa con numerosos síntomas y afecciones médicas generales, entre las que están los mareos, las arritmias cardíacas, el hipertiroidismo, el asma, la EPOC y el síndrome del intestino irritable, entre otras. Sin embargo, la naturaleza de la asociación (p. ej., causa y efecto) entre el trastorno de pánico y estas afecciones permanece incierta. Aunque el prolapso de la válvula mitral y las enfermedades de tiroides son más frecuentes entre las personas con trastorno de pánico que entre la población general, las diferencias entre prevalencias no son uniformes.

Especificador del ataque de pánico

Nota: Los síntomas se presentan con el propósito de identificar un ataque de pánico; sin embargo, el ataque de pánico no es un trastorno mental y no se puede codificar. Los ataques de pánico se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales (p. ej., trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, trastornos por consumo de sustancias) y en algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales). Cuando se identifica la presencia de un ataque de pánico, se ha de anotar como un especificador (p. ej., “trastorno de estrés postraumático con ataques de pánico”). En el trastorno de pánico, la presencia de un ataque de pánico está contenida en los criterios para el trastorno y el ataque de pánico no se utiliza como un especificador.

La aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o a “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

Nota: Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

Características

La característica esencial de un ataque de pánico es un acceso brusco de miedo o malestar intenso que alcanza su máximo en cuestión de minutos, tiempo durante el cual se presentan cuatro o más de un total de 13 síntomas físicos y cognitivos. Once de estos 13 síntomas son físicos (p. ej., palpitaciones, sudoración), mientras que dos son cognitivos (esto es, el miedo a perder el control o a volverse loco, y el miedo a morir). "El miedo a volverse loco" es una expresión coloquial utilizada a menudo por personas con ataques de pánico y no pretende servir de término peyorativo o diagnóstico. El término *en cuestión de minutos* significa que el tiempo hasta el máximo de intensidad es sólo, literalmente, de

unos minutos. Un ataque de pánico puede surgir tanto de un estado de calma como de un estado de ansiedad, y se debería evaluar el tiempo hasta el pico de intensidad máxima de manera independiente de cualquier precedente de ansiedad. Es decir, el comienzo del ataque de pánico es el punto en el que hay un aumento brusco del malestar, en vez de ser el punto en el que la ansiedad comienza a desarrollarse. Del mismo modo, un ataque de pánico puede regresar tanto hacia un estado de ansiedad como hacia un estado de calma, y posiblemente pueda alcanzar el pico nuevamente. El ataque de pánico se distingue de la ansiedad constante por el tiempo que transcurre hasta el máximo de su intensidad, que se produce en cuestión de minutos, por su naturaleza discreta y, generalmente, por su mayor intensidad. Los ataques que cumplen todos los demás criterios, pero que tienen menos de cuatro síntomas físicos y/o cognitivos, se conocen como ataques de *síntomas limitados.*

Hay dos tipos característicos de ataques de pánico: los esperados y los inesperados. Los *ataques de pánico esperados* son aquellos en que existe una señal obvia o desencadenante, como son las situaciones en las que previamente han ocurrido ataques de pánico. Los *ataques de pánico inesperados* son aquellos para los que no hay ninguna señal obvia o desencadenante en el momento en que aparecen (p. ej., al relajarse o al dormir [ataque de pánico nocturno]). Se espera que sea el clínico el que determine si los ataques de pánico son esperados o inesperados, juicio que basará en la combinación de un interrogatorio cuidadoso, en cuanto a la secuencia de los eventos anteriores o previos al ataque, con la propia opinión del individuo sobre si parece que el ataque sucedió con o sin alguna razón aparente. Las interpretaciones culturales pueden influir en la determinación de su forma, esperada o inesperada. Se pueden objetivar síntomas específicos de la cultura (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los cuatro síntomas requeridos para el diagnóstico. Los ataques de pánico pueden aparecer en el contexto de cualquier trastorno mental (p. ej., los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos de la alimentación, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, los trastornos por consumo de sustancias) y algunas afecciones médicas (p. ej., cardíacas, respiratorias, vestibulares, gastrointestinales), y la mayoría no cumple con los criterios para el trastorno de pánico. Se requieren ataques de pánico inesperados y recurrentes para hacer un diagnóstico de trastorno de pánico.

Características asociadas

Un tipo de ataque de pánico inesperado es el *ataque de pánico nocturno* (esto es, despertarse del sueño en un estado de pánico), que difiere del pánico después de despertarse plenamente del sueño. Los ataques de pánico están relacionados con una mayor tasa de intentos de suicidio e ideación suicida, incluso cuando se tienen en cuenta la comorbilidad y otros factores de riesgo de suicidio.

Prevalencia

En Estados Unidos, en la población general, la estimación de la prevalencia anual para los ataques de pánico es del 11,2 % en los adultos. Las estimaciones de la prevalencia anual no parecen diferir significativamente entre los afroamericanos, los asiático-americanos y los latinos. Las estimaciones de la prevalencia anual son más bajas en los países europeos y parecen oscilar entre el 2,7 y el 3,3 %. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones por los ataques de pánico, aunque esta diferencia de género es más pronunciada para el trastorno de pánico. Los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, pero son relativamente raros hasta la pubertad, momento en que las tasas de prevalencia aumentan. Las tasas de prevalencia disminuyen en las personas de más edad, posiblemente como reflejo de una disminución de la gravedad hasta niveles subclínicos.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio de los ataques de pánico en Estados Unidos es de aproximadamente 22 a 23 años entre los adultos. Sin embargo, el curso de los ataques de pánico está probablemente influenciado por el curso de cualquier otro trastorno mental concurrente y por los eventos estresantes de la vida. Los ataques de pánico son poco frecuentes, y los ataques de pánico inesperados son raros en los niños preadolescentes. Los adolescentes podrían estar menos predispuestos que los adultos a hablar abiertamente de los ataques de pánico, a pesar de que se presentan con episodios de miedo o malestar intensos. La baja prevalencia de los ataques de pánico en las personas mayores puede estar relacionada con una respuesta más débil del sistema nervioso autónomo a los estados emocionales en comparación con los individuos más jóvenes. Las personas de edad avanzada pueden estar menos inclinadas a usar la pala-

bra "miedo" y más inclinadas a utilizar la palabra "malestar" para describir los ataques de pánico. Las personas mayores con "sentimientos de pánico" pueden presentar un cuadro "híbrido" de ataques de pánico de síntomas limitados y de ansiedad generalizada. Además, las personas mayores tienden a atribuir los ataques de pánico a ciertas circunstancias (p. ej., procedimientos médicos, situaciones sociales) que son estresantes y pueden proporcionar explicaciones retrospectivas para el ataque de pánico incluso si ocurrió de manera inesperada en la realidad. De esto se podría deducir que existe un infradiagnóstico de los ataques de pánico inesperados en las personas mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La afectividad negativa (neuroticismo) (esto es, la predisposición a experimentar emociones negativas) y la sensibilidad a la ansiedad (esto es, la disposición para creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) son factores de riesgo para la aparición de ataques de pánico. La experiencia previa de "episodios de miedo" (esto es, ataques de síntomas limitados que no cumplen los criterios completos para un ataque de pánico) puede ser un factor de riesgo para los ataques de pánico posteriores.

Ambientales. Fumar es un factor de riesgo para los ataques de pánico. La mayoría de las personas identifica factores de estrés en los meses previos a su primer ataque de pánico (p. ej., los factores estresantes interpersonales y los factores de estrés relacionados con el bienestar físico, tales como las experiencias negativas con medicamentos lícitos e ilícitos, las enfermedades o la muerte en la familia).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las interpretaciones culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados. Los síntomas específicos de la cultura pueden objetivarse (p. ej., zumbido de oídos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos incontrolables o llanto); sin embargo, tales síntomas no deben contar como uno de los 4 síntomas requeridos para el diagnóstico. La frecuencia de cada uno de los 13 síntomas varía entre las culturas (p. ej., las tasas más altas de parestesias en los afroamericanos y de mareos en varios grupos asiáticos). Los síndromes culturales también influyen en la presentación intercultural de los ataques de pánico, lo que origina diferentes perfiles de síntomas a través de los distintos grupos culturales. Algunos ejemplos son los ataques *khyâl* (viento), un síndrome cultural de Camboya que cursa con mareos, acúfenos y dolor de cuello, y los ataques *trúng gió* (relacionados con el viento), un síndrome de la cultura vietnamita asociado con dolores de cabeza. El *ataque de nervios* es un síndrome cultural de los latinoamericanos que puede implicar temblor, gritos incontrolables o llanto, comportamiento agresivo o suicida y despersonalización o desrealización, y puede experimentarse durante un tiempo mayor que los pocos minutos típicos de los ataques de pánico. Algunas presentaciones clínicas del *ataque de nervios* cumplen los criterios de otras afecciones distintas del ataque de pánico (p. ej., otro trastorno disociativo especificado). Además, las expectativas culturales pueden influir en la clasificación de los ataques de pánico como esperados o inesperados, como ocurre en los síndromes culturales en los que se puede originar miedo a ciertas situaciones, desde discusiones interpersonales (asociadas con el *ataque de nervios*), hasta ciertos tipos de ejercicio (asociados con los ataques *khyâl*), pasando por el viento atmosférico (asociado con los ataques *trúng gió*). La aclaración de las atribuciones culturales puede ayudar a distinguir los ataques de pánico inesperados de los esperados. Para obtener más información sobre los síndromes culturales, consulte el "Glosario de conceptos culturales de la ansiedad" en el Apéndice.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los ataques de pánico son más comunes en las mujeres que en los varones, pero las características o síntomas clínicos de los ataques de pánico no difieren entre los varones y las mujeres.

Marcadores diagnósticos

Los registros fisiológicos de los ataques de pánico de causa natural en las personas con trastorno de pánico indican un acceso brusco de la excitación, por lo general de la frecuencia cardíaca, que alcanza su máxima expresión en minutos y que desaparece también en cuestión de minutos, y en un porcentaje de estos individuos el ataque de pánico podría estar precedido de inestabilidad cardiorrespiratoria.

Consecuencias funcionales del ataque de pánico

En el contexto de los trastornos mentales, entre los que están los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad, pueden concurrir los ataques de pánico con una mayor gravedad de los síntomas, unas tasas más altas de comorbilidad y de tendencia suicida, y una respuesta más pobre al tratamiento. Además, los ataques de pánico con sintomatología completa normalmente se asocian con una mayor morbilidad (p. ej., un mayor uso de los servicios sanitarios, mayor discapacidad, peor calidad de vida) que los ataques de síntomas limitados.

Diagnóstico diferencial

Otros episodios paroxísticos (por ejemplo, "ataques de ira"). No se deberían diagnosticar ataques de pánico cuando los episodios no implican la característica esencial de un aumento brusco del miedo o un malestar intenso, sino más bien otros estados emocionales (p. ej., la ira, la pena).

Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica. Las afecciones médicas que pueden causar o ser mal diagnosticadas de ataques de pánico son el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo, el feocromocitoma, las disfunciones vestibulares, los trastornos convulsivos y las afecciones cardiopulmonares (p. ej., las arritmias, la taquicardia supraventricular, el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Las pruebas adecuadas de laboratorio (p. ej., los niveles de calcio en el suero para el hiperparatiroidismo, o la monitorización por Holter para las arritmias) o los exámenes médicos (p. ej., para las enfermedades cardíacas) podrían ser útiles para determinar el papel etiológico de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Pueden precipitar un ataque de pánico la intoxicación por estimulantes del sistema nervioso central (p. ej., la cocaína, las anfetaminas, la cafeína) o cannabis y la abstinencia de los agentes depresores del sistema nervioso central (p. ej., el alcohol, los barbitúricos). Se debe realizar una historia detallada para determinar si el individuo tenía ataques de pánico antes del consumo excesivo de sustancias. Características tales como una aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de la conciencia, pérdida del control de los esfínteres, trastornos del habla o amnesia) sugieren la posibilidad de que una afección médica o de que una sustancia puedan estar causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de pánico. Para el diagnóstico de trastorno de pánico se requieren ataques de pánico inesperados y repetidos, pero no son suficientes para el diagnóstico de éste (p. ej., se deben cumplir todos los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico).

Comorbilidad

Los ataques de pánico están asociados a una mayor probabilidad de padecer diversos trastornos mentales comórbidos, entre los que están los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos bipolares, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por consumo de sustancias. Los ataques de pánico se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar posteriormente trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos bipolares y posiblemente otros trastornos.

Agorafobia

Criterios diagnósticos 300.22 (F40.00)

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:
   1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).
   2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
   3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).
   4. Hacer cola o estar en medio de una multitud.
   5. Estar fuera de casa solo.

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes

o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada, miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.
D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.
E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental; por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

Nota: Se diagnostica agorafobia independientemente de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación en un individuo cumple los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, se asignarán ambos diagnósticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la agorafobia es un marcado o intenso miedo o ansiedad provocados por la exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones (Criterio A). El diagnóstico requiere ser corroborado por los síntomas que se producen en al menos dos de las cinco situaciones siguientes: 1) el uso de medios de transporte público, tales como automóviles, autobuses, trenes, barcos o aviones; 2) encontrarse en espacios abiertos, tales como estacionamientos, plazas, puentes; 3) estar en espacios cerrados, tales como tiendas, teatros, cines; 4) estar de pie haciendo cola o encontrarse en una multitud, o 5) estar fuera de casa solo. Los ejemplos para cada situación no son exclusivos; se pueden temer otras situaciones. Al experimentar el miedo y la ansiedad desencadenados por tales situaciones, los individuos suelen experimentar pensamientos de que algo terrible podría suceder (Criterio B). Los individuos con frecuencia creen que podría ser difícil escapar de este tipo de situaciones (p. ej., "no se puede salir de aquí") o que sería difícil disponer de ayuda en el momento en que se presentaran síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., "no hay nadie que me ayude"). "Los síntomas similares al pánico" se refieren a cualquiera de los 13 síntomas incluidos en los criterios del ataque de pánico, tales como mareos, desmayos y miedo a morir. "Otros síntomas incapacitantes o embarazosos" podrían ser los vómitos y los síntomas inflamatorios del intestino, así como, en las personas mayores, el miedo a caerse o, en los niños, una sensación de desorientación y de encontrarse perdidos.

La cantidad de miedo experimentado puede variar con la proximidad a la situación temida y puede ocurrir en anticipación o en presencia de la situación agorafóbica. Además, el miedo o la ansiedad pueden tomar la forma de un ataque de pánico de síntomas limitados o completo (esto es, un ataque de pánico esperado). El miedo o la ansiedad se evocan casi cada vez que el individuo entra en contacto con la situación temida (Criterio C). Por lo tanto, una persona que desarrolla ansiedad y sólo de vez en cuando se produce una situación agorafóbica (p. ej., desarrolla ansiedad cuando hace cola en sólo una de cada cinco ocasiones) no sería diagnosticada de agorafobia. El individuo evita activamente la situación o, si no puede o decide no evitarla, la situación provoca un miedo o una ansiedad intensa (Criterio D). La *evitación activa* significa que el individuo se comporta de una manera intencionada para prevenir o minimizar el contacto con las situaciones de agorafobia. La naturaleza de la evitación puede ser comportamental (p. ej., cambiar las rutinas

diarias, la elección de un trabajo cercano para evitar el uso del transporte público, encargar las compras a domicilio para evitar entrar en las tiendas y los supermercados) o cognitiva (p. ej., usar la distracción para superar las situaciones de agorafobia). La evitación puede llegar a ser tan grave que la persona se quede completamente confinada en casa. A menudo, la persona se encuentra en mejores condiciones para hacer frente a la situación temida si va acompañada de alguien, como un socio, un amigo o un profesional de la salud.

El miedo, la ansiedad y la evitación deben ser desproporcionados para el peligro que realmente suponen las situaciones de agorafobia y para el contexto sociocultural (Criterio E). Es importante, por varias razones, diferenciar los temores agorafóbicos clínicamente significativos de los temores razonables (p. ej., salir de casa durante una fuerte tormenta) o de las situaciones que se consideren peligrosas (p. ej., caminar por un aparcamiento o usar el transporte público en un área de alta criminalidad). En primer lugar, la evasión puede ser difícil de juzgar a través de la cultura y el contexto sociocultural (p. ej., en ciertas partes del mundo, es socioculturalmente aceptable que las mujeres musulmanas ortodoxas eviten salir de casa solas, y esta evitación no se consideraría indicativa de agorafobia). En segundo lugar, los adultos mayores son propensos a atribuir en exceso sus temores a las limitaciones relacionadas con la edad y son menos propensos a juzgar sus miedos como desproporcionados con respecto al riesgo real. En tercer lugar, las personas con agorafobia tienden a sobrestimar el peligro de los síntomas similares al pánico u otros síntomas corporales. La agorafobia se debe diagnosticar sólo si el miedo, la ansiedad o la evitación persiste (Criterio F) y si causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro significativo en las áreas sociales u ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio G). La duración de "típicamente 6 meses o más" pretende excluir a las personas con problemas transitorios de corta duración. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como guía general, permitiendo un cierto grado de flexibilidad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En sus formas más severas, la agorafobia puede motivar que los individuos se queden totalmente confinados en casa, que no puedan salir de su hogar y que dependan de los demás para los servicios o la asistencia e incluso para las necesidades básicas. Son frecuentes la desmoralización y los síntomas depresivos, así como el abuso del alcohol y los medicamentos sedantes, y los intentos indebidos de automedicación.

Prevalencia

Cada año, aproximadamente el 1,7 % de los adolescentes y de los adultos es diagnosticado de agorafobia. Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los varones de experimentar agorafobia. La agorafobia puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana. La prevalencia anual en los individuos mayores de 65 años es del 0,4 %. Las tasas de prevalencia no parecen variar sistemáticamente en los diferentes grupos culturales o raciales.

Desarrollo y curso

El porcentaje de personas con agorafobia que refieren ataques de pánico o trastorno de pánico antes de la aparición de la agorafobia es del 30 % en las muestras de la comunidad y de más del 50 % en las muestras clínicas. La mayoría de los individuos con trastorno de pánico muestra signos de ansiedad y agorafobia antes de la aparición del trastorno de pánico.

En dos tercios de todos los casos de agorafobia, la aparición inicial es anterior a los 35 años. Hay un riesgo importante de incidencia en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana, con una segunda fase de alto riesgo de incidencia después de los 40 años de edad. La primera aparición en la infancia es poco común. La edad media de inicio de los síntomas de agorafobia en la población general son los 17 años, aunque la edad de inicio de la agorafobia sin ataques de pánico o trastorno de pánico precedentes es 25-29 años. El curso de la agorafobia es típicamente persistente y crónico. A menos que se trate, la remisión completa de la agorafobia es rara (10 %). En los casos graves de agorafobia, las tasas de plena remisión disminuyen, mientras que las tasas de recaída y cronicidad aumentan. Una variedad de otros trastornos, en particular otros trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de la personalidad, pueden complicar el curso de la agorafobia. La evolución a largo plazo

y el pronóstico de la agorafobia se asocian con un riesgo sustancialmente elevado de trastorno depresivo mayor secundario, de trastorno depresivo persistente (distimia) y de trastorno por consumo de sustancias.

Las características clínicas de la agorafobia son relativamente constantes durante toda la vida, aunque el tipo de situaciones agorafóbicas que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación, así como el tipo de cogniciones, pueden variar. Por ejemplo, en los niños estar fuera de casa a solas es la situación temida más frecuente, mientras que en los adultos mayores las situaciones que más habitualmente temen son estar en tiendas, haciendo cola y en espacios abiertos. Además, las cogniciones a menudo se refieren a perderse (en los niños), a experimentar síntomas similares a la angustia (en los adultos) y a caerse (en las personas mayores).

La baja prevalencia de la agorafobia en los niños podría reflejar dificultades para expresar los síntomas y, por lo tanto, las evaluaciones en los niños pequeños pueden requerir la obtención de información a partir de múltiples fuentes, entre ellas los padres y los maestros. Los adolescentes, en particular los varones, pueden estar menos dispuestos que los adultos a expresar abiertamente los temores y la evitación de la agorafobia; sin embargo, la agorafobia puede aparecer antes de la edad adulta y se debería evaluar tanto en los niños como en los adolescentes. Las personas mayores suelen citar los trastornos comórbidos con síntomas somáticos y las alteraciones motoras (p. ej., la sensación de caerse o de tener complicaciones médicas) como el motivo del miedo y la evitación. En estos casos debe evaluarse con cuidado si el miedo y la evitación son desproporcionados en relación al verdadero peligro involucrado.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta y la disposición neurótica (p. ej., la afectividad negativa [neuroticismo] y la sensibilidad a la ansiedad) están estrechamente relacionadas con la agorafobia, pero son relevantes para la mayoría de los trastornos de ansiedad (trastornos fóbicos, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada). La sensibilidad a la ansiedad (la disposición a creer que los síntomas de ansiedad son perjudiciales) también es característica de las personas con agorafobia.

Ambientales. Los sucesos negativos de la infancia (p. ej., separación, muerte de los padres) y otros acontecimientos estresantes, como haber sido atacado o atracado, se asocian a la aparición de la agorafobia. Además, las personas con agorafobia describen un clima familiar y una crianza caracterizados por escasa calidez y exceso de sobreprotección.

Genéticos y fisiológicos. La heredabilidad de la agorafobia es del 61 %. De las diversas fobias, la agorafobia es la que tiene la asociación más intensa y específica con el factor genético de propensión a las fobias.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los patrones de trastornos comórbidos de las mujeres y de los varones son distintos. De acuerdo con las diferencias de género en cuanto a prevalencia de trastornos mentales, los varones tienen mayores tasas de comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias.

Consecuencias funcionales de la agorafobia

La agorafobia se asocia con una considerable deficiencia y discapacidad en lo que se refiere a funcionalidad, productividad laboral y días de incapacidad. La gravedad de la agorafobia es un fuerte determinante del grado de discapacidad, independientemente de la presencia comórbida de un trastorno de pánico, ataques de pánico y otros trastornos. Más de un tercio de los individuos con agorafobia permanece completamente confinado en casa y no puede trabajar.

Diagnóstico diferencial

Cuando se cumplen todos los criterios diagnósticos de la agorafobia y de otro trastorno, se deberán asignar ambos diagnósticos, a menos que el miedo, la ansiedad o la evitación de la agorafobia sean atribuibles al otro trastorno. En algunos casos podría ser útil la ponderación de los criterios y el juicio clínico.

Fobia específica de tipo situacional. La diferenciación con la agorafobia puede ser difícil en algunos casos, debido a que estas afecciones comparten varios síntomas y criterios característicos. Se debería diagnosticar fobia específica situacional en lugar de la agorafobia si el miedo, la ansiedad y la evitación se limitan a una de las situaciones de agorafobia. Como método sólido para diferenciar la agorafobia de las fobias específicas se debería exigir el temor a dos o más de las situaciones de agorafobia, en particular en el subtipo situacional. Una característica diferenciadora adicional es la cognición. Por lo tanto, si la situación se teme por razones distintas a experimentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., temor a ser dañado directamente por la propia situación, como el miedo a que se estrelle el avión en las personas que temen volar), podría ser más apropiado un diagnóstico de fobia específica.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se puede diferenciar de la agorafobia mediante el análisis de las cogniciones. En el trastorno de ansiedad por separación, los pensamientos son acerca del desapego de las figuras vinculantes y del entorno del hogar (p. ej., los padres u otras figuras de apego), mientras que en la agorafobia, el foco está en los síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos en las situaciones temidas.

Trastorno de ansiedad social (fobia social). La agorafobia se debe distinguir del trastorno de ansiedad social basándose principalmente en las situaciones que desencadenan el miedo, la ansiedad o la evitación, y en la cognición. En el trastorno de ansiedad social, la atención se centra en el miedo a ser evaluado negativamente.

Trastorno de pánico. No se debería diagnosticar la agorafobia cuando se cumplen los criterios del trastorno de pánico y si las conductas de evitación asociadas con los ataques de pánico no se extienden a la evitación de dos o más situaciones de agorafobia.

Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se pueden diferenciar de la agorafobia examinando si el miedo, la ansiedad o la evitación se relaciona únicamente con las situaciones que recuerdan al individuo un acontecimiento traumático. Si el miedo, la ansiedad o la evitación se limita a los recordatorios del trauma, y si el comportamiento de evitación no se extiende a dos o más situaciones de agorafobia, no estaría justificado un diagnóstico de agorafobia.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el individuo puede evitar dejar la casa debido a la apatía, la pérdida de energía, la baja autoestima y la anhedonia. Si la evitación no está relacionada con el temor a presentar síntomas incapacitantes o embarazosos similares a la angustia, no se debería diagnosticar una agorafobia.

Otras afecciones médicas. No se diagnosticaría agorafobia si la evitación de las situaciones es consecuencia fisiológica de una afección médica. Esta determinación se basa en la historia, los hallazgos de laboratorio y el examen físico. Otras afecciones médicas de interés son los trastornos neurodegenerativos con alteraciones motoras asociadas (p. ej., la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple) y los trastornos cardiovasculares. Los individuos con ciertas afecciones médicas pueden evitar ciertas situaciones debido a una preocupación realista por su incapacidad (p. ej., los desmayos en un individuo con ataques isquémicos transitorios) o por sentir vergüenza (p. ej., la diarrea en un individuo con enfermedad de Crohn). Se debería realizar un diagnóstico de agorafobia sólo cuando el temor y la evitación sean claramente superiores a los que, por lo general, se asocian a estas afecciones médicas.

Comorbilidad

La mayoría de los individuos que padecen agorafobia tiene también otros trastornos mentales. Los diagnósticos adicionales más frecuentes son otros trastornos de ansiedad (p. ej., fobias específicas, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor), trastorno de estrés postraumático y trastorno por consumo de alcohol. Mientras que otros trastornos de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, fobias específicas, trastorno de pánico) con frecuencia preceden a la aparición de la agorafobia, el trastorno depresivo y los trastornos por consumo de sustancias suelen ocurrir de forma secundaria a la agorafobia.

Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios diagnósticos 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

   Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

   1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
   2. Facilidad para fatigarse.
   3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
   4. Irritabilidad.
   5. Tensión muscular.
   6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación, y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma interfiere con la atención a las tareas inmediatas. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada a menudo se preocupan todos los días acerca de circunstancias rutinarias de la vida, tales como posibles responsabilidades en el trabajo, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, la desgracia de sus hijos o asuntos de menor importancia (p. ej., las tareas del hogar o llegar tarde a las citas). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otra.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizada de la ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y, por lo general, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden ser aplazadas si surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronuncia-

das y angustiosas; tienen una mayor duración y se producen con frecuencia sin desencadenantes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre las que una persona se preocupa (p. ej., las finanzas, la seguridad de los niños, el rendimiento en el trabajo), es más probable que sus síntomas cumplan los criterios del trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas se asocian con mucha menos frecuencia a síntomas físicos (p. ej., inquietud, sentimiento de agitación o nerviosismo). Las personas con trastorno de ansiedad generalizada refieren malestar subjetivo debido a la preocupación constante y al deterioro de las áreas sociales u ocupacionales, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y la preocupación se acompañan de, al menos, tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño, a pesar de que en los niños sólo se requiere un síntoma adicional.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Asociados a la tensión muscular pueden aparecer temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad y molestias musculares o dolor. Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada también experimentan síntomas somáticos (p. ej., sudoración, náuseas y diarrea) y una respuesta de sobresalto exagerada.

Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., el ritmo cardíaco acelerado, dificultad para respirar, mareos) son menos prominentes en el trastorno de ansiedad generalizada que en otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico. Otras afecciones que pueden estar asociadas con el estrés (p. ej., el síndrome del intestino irritable, dolores de cabeza) acompañan con frecuencia al trastorno de ansiedad generalizada.

Prevalencia

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada en Estados Unidos es del 0,9 % entre los adolescentes y del 2,9 % entre los adultos en la comunidad. La prevalencia anual del trastorno en otros países varía del 0,4 al 3,6 %. El riesgo de por vida es del 9,0 %. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los varones de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. La mayor prevalencia del diagnóstico se da en la edad media de la vida, con disminución en las edades más avanzadas. Las personas de ascendencia europea tienden a experimentar el trastorno de ansiedad generalizada más frecuentemente que los individuos de ascendencia no europea (p. ej., de Asia, de África, nativos americanos y de las islas del Pacífico). Además, las personas de los países desarrollados tienen más probabilidades que las personas procedentes de países no desarrollados de manifestar que han experimentado síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada a lo largo de su vida.

Desarrollo y curso

Muchas personas con trastorno de ansiedad generalizada expresan que han sentido ansiedad y nerviosismo durante toda su vida. La edad media de inicio de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada es de 30 años; sin embargo, la edad de inicio se extiende a lo largo de un amplio rango. La edad media de aparición es más tardía que la de los otros trastornos de ansiedad. Los síntomas de preocupación y ansiedad excesiva pueden aparecer en edades tempranas de la vida, pero entonces se manifiestan como un temperamento ansioso. El inicio del trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia. Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser crónicos y oscilantes durante toda la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas del trastorno. Las tasas de remisión completa son muy bajas.

La expresión clínica del trastorno de ansiedad generalizada es relativamente constante a lo largo de la vida. La principal diferencia entre los grupos de edad está en el contenido por el que el individuo se preocupa. Los niños y los adolescentes tienden a preocuparse más por la escuela y el rendimiento deportivo, mientras que las personas mayores refieren una mayor preocupación por el bienestar de su familia o de su propia salud física. Por lo tanto, el contenido de la preocupación del individuo tiende a ser apropiado para la edad. Los adultos más jóvenes experimentan síntomas más graves que los adultos mayores.

El inicio más precoz de los síntomas que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada se asocia a una comorbilidad y un deterioro mayores. La aparición de una enfermedad física

crónica puede ser un tema importante de preocupación excesiva en los ancianos. En los ancianos frágiles, las preocupaciones sobre la seguridad y, sobre todo, por las caídas pueden limitar sus actividades. En las personas con deterioro cognitivo precoz se debería considerar, de manera realista y en el contexto del deterioro cognitivo, lo que podría ser una preocupación excesiva sobre, por ejemplo, el paradero de las cosas.

En los niños y los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, las inquietudes y las preocupaciones a menudo se refieren a la calidad de su rendimiento o a su competencia en la escuela o las actividades deportivas, incluso si el rendimiento no está siendo evaluado por los demás. Puede haber excesivas preocupaciones sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por sucesos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños con este trastorno pueden ser demasiado formales, perfeccionistas e inseguros y tienden a repetir las tareas debido a una excesiva insatisfacción con su rendimiento. Por lo general son muy propensos a buscar seguridad y aprobación, y requieren una reafirmación excesiva sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan.

El trastorno de ansiedad generalizada puede sobrediagnosticarse en los niños. Cuando se considera este diagnóstico en los niños, se debe hacer una evaluación completa de la presencia de otros trastornos de ansiedad de la infancia y de otros trastornos mentales para determinar si las preocupaciones se pueden explicar mejor por alguno de ellos. El trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y el trastorno obsesivo-compulsivo se acompañan a menudo de preocupaciones que pueden confundirse con las que se describen en el trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, un niño con trastorno de ansiedad social puede estar preocupado por su rendimiento escolar por temor a la humillación. Las preocupaciones relativas a enfermedades también se pueden explicar mejor por el trastorno de ansiedad por separación o por el trastorno obsesivo-compulsivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La inhibición de la conducta, la afectividad negativa (neuroticismo) y la evitación del daño se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada.

Ambientales. Aunque las adversidades en la infancia y la sobreprotección de los padres se han asociado al trastorno de ansiedad generalizada, no se han identificado factores ambientales más específicos, necesarios o suficientes para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

Genéticos y fisiológicos. Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genético, y estos factores genéticos se superponen con el riesgo de neuroticismo y son compartidos con otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, sobre todo con el trastorno depresivo mayor.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Existe una variación cultural considerable en la expresión del trastorno de ansiedad generalizada. Por ejemplo, en algunas culturas los síntomas somáticos predominan en la expresión del trastorno, mientras que en otras culturas tienden a predominar los síntomas cognitivos. Esta diferencia puede ser más evidente en la presentación inicial que posteriormente, a medida que los individuos presentan más síntomas con el paso del tiempo. No hay información en cuanto a si la propensión a la preocupación excesiva tiene influencias culturales, aunque el tema de la preocupación podría ser específico de cada cultura. Es importante tener en cuenta el contexto social y cultural al evaluar si las preocupaciones sobre ciertas situaciones son o no excesivas.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica más frecuentemente en las mujeres que en los varones (alrededor del 55-60 % de quienes presentan el trastorno son mujeres). En los estudios epidemiológicos, aproximadamente dos tercios son mujeres. Las mujeres y los varones con trastorno de ansiedad generalizada parecen tener síntomas similares, pero tienen

diferentes patrones de comorbilidad. En las mujeres, la comorbilidad se limita en gran parte a los trastornos de ansiedad y a la depresión unipolar, mientras que en los varones es más probable que la comorbilidad se extienda a los trastornos por uso de sustancias.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad generalizada

La preocupación excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rápida y eficiente, ya sea en casa o en el trabajo. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados, como la tensión muscular y la sensación de excitación o de nerviosismo, el cansancio, la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño, contribuyen al deterioro. Es importante destacar que la preocupación excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en sus hijos.

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comórbidos, y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave. El trastorno de ansiedad generalizada ocasiona, en la población de Estados Unidos, una pérdida de 110 millones de días al año por incapacidad.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debería asignar si se considera que la ansiedad y la preocupación del individuo, basándose en la historia, los hallazgos de laboratorio y la exploración física, son el efecto fisiológico de otra afección médica específica (p. ej., feocromocitoma, hipertiroidismo).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de ansiedad generalizada por el hecho de considerar que una sustancia o medicamento (p. ej., una droga de abuso, la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionado con la ansiedad. Por ejemplo, la ansiedad grave que se produce sólo en el contexto de un elevado consumo de café sería diagnosticada de trastorno de ansiedad inducido por cafeína.

Trastorno de ansiedad social. Los individuos con trastorno de ansiedad social a menudo tienden a esperar la ansiedad en relación con situaciones sociales próximas o de evaluación por terceros, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad generalizada muestran preocupación estén o no siendo evaluados.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Varias características distinguen la preocupación excesiva del trastorno de ansiedad generalizada de los pensamientos obsesivos del trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se enfoca en los problemas futuros, y es el carácter excesivo de la preocupación por esos acontecimientos futuros lo que es anormal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, las obsesiones son ideas inadecuadas porque adoptan la forma de pensamientos, impulsos o imágenes intrusivos y no deseados.

Trastorno de estrés postraumático y trastornos de adaptación. La ansiedad está invariablemente presente en el trastorno de estrés postraumático. No se debería diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada si la ansiedad y la preocupación se pueden explicar mejor como síntomas del trastorno de estrés postraumático. La ansiedad también puede aparecer en el trastorno de adaptación, pero esta categoría sólo se debe utilizar cuando no se cumplen los criterios de otro trastorno (incluido el trastorno de ansiedad generalizada). Por otra parte, en los trastornos adaptativos, la ansiedad se produce en respuesta a un factor estresante, identificable en los 3 meses anteriores a su aparición, y no debe persistir durante más de 6 meses después de haber desaparecido el factor estresante o sus consecuencias.

Trastornos depresivos, bipolares y psicóticos. La ansiedad y la preocupación generalizada constituyen una característica frecuente de los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, y no se

deberían diagnosticar separadamente si la preocupación sólo aparece durante el curso de esos trastornos.

Comorbilidad

Los individuos que cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada es probable que hayan padecido, o que actualmente cumplan, los criterios de otro trastorno de ansiedad y de los trastornos depresivos unipolares. El neuroticismo o la responsabilidad emocional que sostiene este patrón de comorbilidad se asocia a antecedentes temperamentales y factores de riesgo genéticos y ambientales que estos trastornos tienen en común, aunque también son posibles otros factores independientes. Es menos común la comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, con los trastornos de la conducta, con los trastornos psicóticos, con los trastornos del neurodesarrollo y con los trastornos neurocognitivos.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
   1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente pueden incluir lo siguiente:

   Los síntomas anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

   Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

   Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos de ansiedad inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1", y el médico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno de ansiedad inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno de ansiedad inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2", y el médico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo

fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9", y el médico sólo hará constar el trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Cafeína	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fenciclidina	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Otro alucinógeno	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Inhalante	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opiáceo	292.89	F11.188	F11.288	F11.988
Sedante, hipnótico, ansiolítico	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Otra sustancia (o sustancias desconocidas)	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para los diagnósticos asociados a la clase de sustancias):

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas se desarrollan durante la intoxicación.
Con inicio durante la abstinencia: Este especificador se aplica si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.
Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al iniciar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es 292.89 trastorno de ansiedad por consumo de lorazepam, con inicio durante la abstinencia. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.10 trastorno grave por consumo de lorazepam. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel significativo en el desarrollo de síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p. ej.,

292.89 trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; 292.89 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, salbutamol) que se supone que es la causante de los síntomas de ansiedad. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., salbutamol), se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) se enumera en primer lugar, y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del trastorno de ansiedad inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio durante el consumo del medicamento). Por ejemplo, en el caso de síntomas de ansiedad durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.280 trastorno grave por consumo de lorazepam con trastorno de ansiedad inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno de ansiedad inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.980 trastorno de ansiedad inducido por psilocibina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tienen un papel significativo en el desarrollo de los síntomas de ansiedad, cada una de ellas se hará constar por separado (p. ej., F15.280 trastorno grave por consumo de metilfenidato con trastorno de ansiedad inducido por metilfenidato, con inicio durante la intoxicación; F19.980 trastorno de ansiedad inducido por salbutamol, con inicio después del consumo del medicamento).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad (Criterio A) que se consideran debidos a los efectos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o una toxina). Los síntomas de pánico o de ansiedad se deben haber desarrollado durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia, o después de la exposición a un medicamento, y las sustancias o medicamentos deben ser capaces de producir los síntomas (Criterio B2). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos debido a un tratamiento prescrito por un trastorno mental u otra afección médica debe iniciarse mientras el individuo está recibiendo la medicación (o durante su retirada, si los síntomas clínicos de retirada se asocian con la medicación). Una vez que se interrumpe el tratamiento, los síntomas de pánico o ansiedad suelen mejorar o remitir entre pocos días a varias semanas o un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento y de la presencia de abstinencia). No se debería realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos si el inicio de los síntomas de pánico o de ansiedad precede a la intoxicación por las sustancias/medicamentos o a la retirada de los mismos, o si los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (esto es, por lo general más de un mes) desde el momento de la intoxicación o la abstinencia grave. Si los síntomas de pánico o ansiedad persisten por largos períodos de tiempo, se deben considerar otras causas.

Se debe realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias, únicamente si los síntomas del Criterio A predominan en el cuadro clínico y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El pánico o la ansiedad pueden aparecer asociados a la intoxicación con los siguientes tipos de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, fenciclidina, alucinógenos, inhalantes, estimulantes (incluida la cocaína)

y otras sustancias (o sustancias desconocidas). El pánico y la ansiedad pueden aparecer en asociación con la retirada de las siguientes clases de sustancias: alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes (como la cocaína) y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Algunos medicamentos que evocan los síntomas de ansiedad son los anestésicos y los analgésicos, los simpaticomiméticos u otros broncodilatadores, los anticolinérgicos, la insulina, los preparados para la glándula tiroides, los anticonceptivos orales, los antihistamínicos, los medicamentos antiparkinsonianos, los corticosteroides, los medicamentos antihipertensivos y cardiovasculares, los anticonvulsivantes, el carbonato de litio, y los fármacos antipsicóticos y antidepresivos. También pueden causar síntomas de pánico o ansiedad los metales pesados y las toxinas (p. ej., los insecticidas organofosforados, los gases nerviosos, el monóxido de carbono, el dióxido de carbono y las sustancias volátiles, tales como la gasolina y la pintura).

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos no está clara. Los datos generales de la población sugieren que puede ser infrecuente, con una prevalencia anual de aproximadamente el 0,002 %. Sin embargo, en las poblaciones clínicas la prevalencia es probablemente mayor.

Marcadores diagnósticos

Los análisis de laboratorio (p. ej., los de toxicología en la orina) pueden ser útiles para medir la intoxicación por sustancias como parte de una evaluación del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias y retirada de sustancias. Los síntomas de ansiedad ocurren comúnmente por la intoxicación y la retirada de sustancias. El diagnóstico de intoxicación por sustancias específicas o abstinencia de sustancias específicas es por lo general suficiente para clasificar la presentación de los síntomas. Debe hacerse un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, además del de intoxicación o abstinencia de sustancias, cuando los síntomas de pánico o ansiedad predominan en el cuadro clínico y son de gravedad suficiente como para merecer una atención clínica independiente. Por ejemplo, los síntomas de pánico o ansiedad son característicos de la abstinencia del alcohol.

Trastorno de ansiedad (p. ej., no inducido por sustancias/medicamentos). El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos está etiológicamente relacionado con la sustancia/medicamento. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se distingue de un trastorno de ansiedad primario basándose en el inicio, el curso y otros factores relativos al uso de sustancias/medicamentos. Respecto a las drogas de abuso, debe haber indicios en la historia, la exploración física o los análisis de laboratorio que evidencien su uso, una intoxicación o la abstinencia. Los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias/medicamentos se presentan solamente en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, mientras que los trastornos de ansiedad primarios pueden preceder a la aparición del uso de sustancias/medicamentos. La presencia de características que son atípicas de un trastorno de ansiedad primaria, tales como la edad atípica de inicio de los síntomas (p. ej., la aparición del trastorno de pánico después de la edad de 45 años) o unos síntomas atípicos (p. ej., un ataque de pánico con síntomas atípicos como verdadero vértigo, pérdida del equilibrio, pérdida de la conciencia, pérdida del control vesical, dolores de cabeza, trastornos del habla) pueden sugerir como etiología el trastorno inducido por sustancias/medicamentos. El diagnóstico de ansiedad primaria se justifica si los síntomas de pánico o de ansiedad persisten durante un período sustancial de tiempo (alrededor de un mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o de la abstinencia aguda, o si hay antecedentes de un trastorno de ansiedad.

Delirium. Si los síntomas de pánico o ansiedad aparecieran exclusivamente en el transcurso de un delirium, se consideraría que son una característica asociada al delirium y no se diagnosticarían por separado.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Si los síntomas de pánico o de ansiedad se atribuyen a las consecuencias fisiológicas de otra afección médica (es decir, se atribuyen a la afección médica más que a la medicación tomada para ésta), debería diagnosticarse trastorno de ansiedad

debido a otra afección médica. La historia clínica a menudo proporciona la base para tal juicio. A veces puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la afección médica (p. ej., medicación, sustitución o interrupción) para determinar si la medicación es el agente causal (en cuyo caso los síntomas se podrían explicar mejor por un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Si la perturbación es atribuible tanto a otra afección como a una sustancia de uso médico, se podrían realizar ambos diagnósticos (esto es, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas de pánico o ansiedad son atribuibles a una sustancia/medicamento o a otra afección médica, o si ya existían antes (esto es, que no son atribuibles a cualquier otra sustancia o afección médica), estaría indicado el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos 293.84 (F06.4)

A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma). La otra afección médica se codificará y anotará por separado inmediatamente antes del trastorno de ansiedad debido a la afección médica (p. ej., 227.0 [D35.00] feocromocitoma; 293.84 [F06.4] trastorno de ansiedad debido a feocromocitoma).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden ser manifestaciones de ansiedad o ataques de pánico prominentes (Criterio A). El juicio de que los síntomas se explicarían mejor por la afección física relacionada se ha de basar en las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio (Criterio B). Además, se debe descartar que los síntomas no se expliquen mejor por otro trastorno mental, en particular por el trastorno de adaptación, donde el factor de estrés originario de la ansiedad sería la afección médica (Criterio C). En este caso, un individuo con trastorno de adaptación estaría especialmente angustiado por el significado o por las consecuencias de la afección médica asociada. Por el contrario, cuando la ansiedad se debe a otra afección médica, la ansiedad muestra a menudo un componente físico prominente (p. ej., sensación de falta de aire). El diagnóstico no se realiza si los síntomas de ansiedad se producen sólo durante el curso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad deben causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral, o deterioro de otras áreas importantes de actividad (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad son atribuibles a otra afección médica, el clínico debe establecer en primer lugar la presencia de la enfermedad médica. Además, antes de hacer el juicio de que la afección es la mejor explicación para los síntomas, debería establecer una relación etiológica entre los síntomas de ansiedad y el estado de salud mediante algún mecanismo fisiológico. Sería

necesaria una evaluación cuidadosa y exhaustiva de múltiples factores. Se deben considerar varios aspectos de la presentación clínica: 1) la presencia de una asociación temporal clara entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas de ansiedad; 2) la presencia de características que sean atípicas de los trastornos de ansiedad primaria (p. ej., la edad de inicio de los síntomas atípicos o el curso), y 3) la evidencia bibliográfica de que existe un mecanismo fisiológico conocido (p. ej., el hipertiroidismo) capaz de causar la ansiedad. Además, la perturbación no se debería explicar mejor por un trastorno de ansiedad primaria, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental primario (p. ej., un trastorno adaptativo).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Hay varias afecciones orgánicas que son conocidas por presentar como manifestación sintomática la ansiedad. Ejemplos de ello son las enfermedades endocrinas (p. ej., el hipertiroidismo, el feocromocitoma, la hipoglucemia y el hiperadrenocortisolismo), los trastornos cardiovasculares (p. ej., la insuficiencia cardíaca congestiva, la embolia pulmonar, las arritmias, como la fibrilación auricular), las enfermedades respiratorias (p. ej., la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, la neumonía), los trastornos metabólicos (p. ej., la deficiencia de vitamina B_{12}, la porfiria) y las enfermedades neurológicas (p. ej., las neoplasias, la disfunción vestibular, la encefalitis y las convulsiones). Se diagnostica la ansiedad debida a otra afección médica cuando se sabe que dicha afección médica induce ansiedad y ha precedido a su aparición.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica no está clara. Parece existir una elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad entre los individuos con determinadas afecciones médicas, como el asma, la hipertensión, las úlceras y la artritis. Sin embargo, este aumento de la prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad y puede estar causado directamente por la afección médica.

Desarrollo y curso

El desarrollo y el curso del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica general son los de la enfermedad subyacente. Este diagnóstico no está destinado a incluir trastornos de ansiedad primarios que surgen en el contexto de una enfermedad médica crónica. Esto es importante considerarlo en las personas mayores, que pueden experimentar una enfermedad médica crónica y luego desarrollar trastornos de ansiedad independientes, secundarios a la enfermedad médica crónica.

Marcadores diagnósticos

Para confirmar la existencia de la enfermedad médica asociada son necesarias pruebas de laboratorio y exámenes médicos.

Diagnóstico diferencial

Delirium. No es determinante un diagnóstico independiente de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica si la ansiedad se produce exclusivamente durante el curso de un delirium. Sin embargo, se puede otorgar un diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, además de un diagnóstico de trastorno neurocognitivo importante (demencia), si la etiología de la ansiedad se juzga que es una consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa el trastorno neurocognitivo y si la ansiedad es una parte importante de la presentación clínica.

Presentación mixta de los síntomas (p. ej., el estado de ánimo y la ansiedad). Si la presentación incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica dependerá de los síntomas que predominen en el cuadro clínico.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos. Si hay evidencia de un reciente o prolongado uso de sustancias (incluyendo medicamentos con efectos psicoactivos), de la suspen-

sión de una sustancia o de la exposición a una toxina, se debería considerar un trastorno de ansiedad inducido por la sustancia/medicamento. Algunos medicamentos se sabe que provocan ansiedad (p. ej., corticosteroides, estrógenos, metoclopramida); si se da esta circunstancia, la etiología medicamentosa podría ser la más probable, aunque quizá es difícil distinguir si la ansiedad es atribuible a los medicamentos o a la propia enfermedad. Cuando se está haciendo un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias en relación con drogas recreativas o no prescritas, puede ser útil realizar un análisis de detección de drogas en la orina o la sangre, u otras pruebas apropiadas de laboratorio. Si los síntomas aparecen durante o poco después (esto es, en el plazo de 4 semanas) de la intoxicación por la sustancia o de su retirada, o después del uso de un medicamento, esto podría ser especialmente indicativo de un diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de la sustancia utilizada. Si el trastorno se asocia tanto a otra afección médica como al consumo de alguna sustancia, se podrían establecer ambos diagnósticos (p. ej., trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos). Características tales como la aparición después de los 45 años o la presencia de síntomas atípicos durante un ataque de pánico (p. ej., vértigo, pérdida de la conciencia, pérdida del control de los esfínteres, problemas del habla y amnesia) sugieren la posibilidad de que sea otra afección médica o una sustancia lo que esté causando los síntomas del ataque de pánico.

Trastorno de ansiedad (no debido a una afección médica conocida). El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica debe distinguirse de otros trastornos de ansiedad (especialmente del trastorno de pánico y del trastorno de ansiedad generalizada). En los otros trastornos de ansiedad no se pueden demostrar mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados con otra afección médica. Una edad avanzada de inicio de los síntomas, los síntomas atípicos y la ausencia de antecedentes personales o familiares de trastornos de ansiedad sugieren la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. El trastorno de ansiedad puede exacerbar o suponer un mayor riesgo de afecciones médicas, tales como episodios cardiovasculares y el infarto de miocardio, y en estos casos no se debería diagnosticar un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe distinguir del trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por inquietud ante una enfermedad, preocupación por el dolor y otras preocupaciones corporales. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, las personas pueden o no haber sido diagnosticadas de afecciones médicas. Aunque una persona con trastorno de ansiedad por enfermedad y diagnosticada de una afección médica es propensa a experimentar ansiedad en relación con su estado de salud, el estado de salud no estaría fisiológicamente relacionado con los síntomas de ansiedad.

Trastornos de adaptación. El trastorno de ansiedad debido a otra afección médica se debe distinguir de los trastornos adaptativos con ansiedad o con ansiedad y depresión. El trastorno de adaptación se justifica cuando los individuos experimentan una respuesta desadaptativa a la tensión de tener otra afección médica. La reacción al estrés, por lo general, es secundaria a la importancia o a las consecuencias de éste, a diferencia de los síntomas de ansiedad o anímicos que son consecuencia fisiológica de otras afecciones médicas. En el trastorno de adaptación, los síntomas de ansiedad están típicamente relacionados con el afrontamiento del estrés que genera el hecho de tener una afección médica general, mientras que en el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica los individuos son más propensos a tener síntomas físicos prominentes y a que el centro de las preocupaciones no sea el estrés debido a la enfermedad en sí.

Característica asociada de otro trastorno mental. Los síntomas de ansiedad pueden estar asociados a otro trastorno mental (p. ej., la esquizofrenia, la anorexia nerviosa).

Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado. Este diagnóstico se realiza si no se puede determinar si los síntomas de ansiedad son primarios, inducidos por sustancias o asociados con otra afección médica.

Otro trastorno de ansiedad especificado

300.09 (F41.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría de otro trastorno de ansiedad especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de ansiedad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de ansiedad especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "ansiedad generalizada que está ausente más días de los que está presente").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Ataques sintomáticos limitados.**
2. **Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que en los que no está presente.**
3. ***Khyâl cap*** **(ataque del viento):** Véase "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices de esta obra.
4. ***Ataque de nervios:*** Véase "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices de esta obra.

Otro trastorno de ansiedad no especificado

300.00 (F41.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

En el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados se incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados, y otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados (p. ej., trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo, celos obsesivos).

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las *obsesiones* son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, mientras que las *compulsiones* son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. Los otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados también se caracterizan por preocupaciones y por conductas repetitivas o actos mentales en respuesta a las preocupaciones. Los otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados se caracterizan principalmente por conductas repetitivas centradas en el cuerpo (p. ej., tirarse del pelo, pellizcarse la piel) e intentos de disminuir o detener estas conductas repetitivas.

La inclusión en el DSM-5 de un capítulo sobre los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados refleja la creciente evidencia de que estos trastornos están relacionados entre sí en términos de una serie de validadores diagnósticos, así como la utilidad clínica de la agrupación de estos trastornos en el mismo capítulo. Los clínicos deben tratar de detectar estas afecciones en individuos que presentan ya alguna de ellas y estar al tanto de las coincidencias entre estas enfermedades. Al mismo tiempo, existen diferencias importantes en los validadores diagnósticos y métodos de tratamiento de todos estos trastornos. Por otra parte, hay una estrecha relación entre los trastornos de ansiedad y algunos de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados (p. ej., TOC), lo que se refleja en la secuencia de capítulos del DSM-5, con el capítulo de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados siguiendo al de los trastornos de ansiedad.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados difieren del desarrollo normal en que las preocupaciones y rituales son más excesivos o persistentes que lo normal para esa etapa del desarrollo. La distinción entre la presencia de síntomas subclínicos y un trastorno clínico requiere la evaluación de un cierto número de factores, incluidos el nivel de angustia del individuo y el deterioro en el funcionamiento.

El capítulo comienza con el TOC. Luego trata el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acumulación, que se caracterizan por síntomas cognitivos tales como defectos percibidos en la apariencia física o la necesidad percibida de salvar sus pertenencias personales, respectivamente. El capítulo después cubre la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel), que se caracterizan por comportamientos repetitivos y recurrentes centrados en el cuerpo. Finalmente, se describe el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica, y otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados y los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados.

Mientras que el contenido específico de las obsesiones y las compulsiones varía entre los individuos, ciertas dimensiones de los síntomas del TOC son comunes, como los síntomas de limpieza (las obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza), la simetría (obsesiones de simetría y repetición,

<= Ir a la Clasificación

compulsiones de contar y de orden) y los pensamientos tabú o prohibidos (p. ej., de agresión, sexuales, y obsesiones y compulsiones relacionadas con la religión) y de daño (p. ej., el temor a hacerse daño a uno mismo o a otros y compulsiones de comprobación relacionadas). El especificador de tics relacionados con el TOC se utiliza cuando un individuo tiene una historia actual o pasada de un trastorno de tics.

El trastorno dismórfico corporal se caracteriza por la preocupación por uno o más defectos percibidos en la apariencia física que no son observables o sólo se aprecian ligeramente y por conductas repetitivas (p. ej., comprobaciones en el espejo, arreglo personal excesivo, rascarse la piel o la búsqueda excesiva de informaciones tranquilizadoras) o actos mentales (p. ej., comparar la apariencia de uno mismo con la de otras personas) en respuesta a las preocupaciones sobre el aspecto. No debe diagnosticarse el trastorno dismórfico corporal si la preocupación se limita a preocupaciones sobre el peso o la grasa corporal, como en los trastornos de la conducta alimentaria. La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por la creencia de que la propia estructura corporal es demasiado pequeña o no es lo suficientemente musculosa.

El trastorno de acumulación se caracteriza por la persistente dificultad de renunciar o separarse de posesiones, independientemente de su valor real, como consecuencia de una fuerte necesidad percibida para conservar los objetos y evitar el malestar asociado a desecharlos. El trastorno de acumulación difiere de la recogida normal. Por ejemplo, los síntomas del trastorno de acumulación dan lugar al almacenamiento de un gran número de posesiones que saturan y perturban las zonas de vida activa en la medida en que su uso se ve sustancialmente comprometido. La forma de adquisición excesiva del trastorno de acumulación, que caracteriza a la mayoría pero no a todos los individuos con trastorno de acumulación, consiste en la recolección excesiva, la compra o el robo de artículos que no son necesarios o para los que no hay espacio disponible.

La tricotilomanía (o el trastorno de tirarse del pelo) se caracteriza por tirones recurrentes del pelo que dan lugar a una pérdida de cabellos y a repetidos intentos para disminuir o cesar dichos tirones. El trastorno de excoriación (rascarse la piel) se caracteriza por el rascado recurrente de la piel, lo que origina lesiones en la piel, y por repetidos intentos para disminuir o cesar el rascado de la piel. Las conductas repetitivas centradas en el cuerpo que caracterizan estos dos trastornos no son provocadas por obsesiones o preocupaciones; sin embargo, pueden ser precedidas o acompañadas de diversos estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento. También pueden ir precedidas de una creciente sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, el placer o sensaciones de alivio cuando el pelo se arranca o la piel se daña. Las personas con estos trastornos pueden tener distintos grados de conocimiento consciente de su comportamiento, y mientras que algunos individuos participan en el mismo mostrando una atención más centrada en el comportamiento (por la tensión que precede y subsiguiente alivio), otros individuos exhiben un comportamiento más automático (los comportamientos parecen ocurrir sin conciencia plena).

El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos presentan síntomas que se deben a la intoxicación o abstinencia de tales sustancias o medicamentos. El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados debidos a otra afección médica implican síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y sus trastornos relacionados que son consecuencia fisiopatológica directa de un trastorno médico. Los otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados, y los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados presentan síntomas que no cumplen los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo debido a su presentación atípica o de etiología incierta; estas categorías se utilizan también para otros síndromes específicos que no figuran en la Sección II y cuando la información disponible es insuficiente para diagnosticar otro trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno relacionado. Ejemplos de síndromes específicos que no figuran en la Sección II y que, por lo tanto, son diagnosticados como otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados o como otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados no especificados son el trastorno de conductas repetitivas centradas en el cuerpo y los celos obsesivos.

Los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados que tienen componente cognitivo se sirven de la conciencia de enfermedad como base para sus especificadores; en cada uno de estos trastornos, la conciencia varía entre "conciencia correcta o buena", "conciencia pobre" y "conciencia ausente/creencias delirantes" con respecto a las creencias relacionadas con el trastorno. En las personas con síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, para justificar el especificador como "conciencia ausente/creencias delirantes", estos síntomas no deben ser diagnosticados como parte de un trastorno psicótico.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Criterios diagnósticos 300.3 (F42)

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.
Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.
D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.
Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.
Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Especificadores

Muchas personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tienen creencias disfuncionales. Estas creencias son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobrestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos (p. ej., la creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como el realizarlo) y la necesidad de controlar los pensamientos.

Los individuos con TOC varían en el grado de conocimiento que tienen sobre la exactitud de las creencias que subyacen a los síntomas obsesivo-compulsivos. Muchas personas tienen una comprensión buena o razonable de las creencias (p. ej., el individuo cree que la casa definitivamente no se quemará, probablemente no se quemará, o quizás se queme o no si no comprueba 30 veces que se apagó la estufa). Algunos tienen poca conciencia de las mismas (p. ej., el individuo cree que la casa probablemente se quemará si no se comprueba 30 veces que se apagó la estufa), y unos pocos (el 4 % o menos) tienen una conciencia ausente de sus creencias o ideas delirantes (p. ej., la persona está convencida de que la casa se va a quemar si no se comprueba 30 veces que se apagó la estufa). La conciencia puede variar dentro de un individuo en el curso de la enfermedad. Una conciencia más pobre ha sido vinculada a una peor evolución a largo plazo.

Hasta un 30 % de los individuos con TOC tiene un trastorno de tics en la vida. Esto es más común en los varones con el inicio del TOC en la niñez. Estos individuos tienden a diferir de los que no tienen un historial de trastornos de tics en los temas de sus síntomas del TOC, en la comorbilidad, por supuesto, y en el patrón de transmisión familiar.

Características diagnósticas

Los síntomas característicos del TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones (Criterio A). Las *obsesiones* son pensamientos (p. ej., de contaminación), imágenes (p. ej., de escenas violentas o terroríficas) o impulsos (p. ej., de apuñalar a alguien) de naturaleza repetitiva y persistente. Es importante destacar que las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas, y causan malestar o ansiedad en la mayoría de los individuos. El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones (p. ej., evitando los factores desencadenantes o mediante la supresión del pensamiento) o neutralizarlas con otro pensamiento o acción (p. ej., la realización de una compulsión). Las *compulsiones* (o rituales) son conductas (p. ej., el lavado, la comprobación) o actos mentales (p. ej., contar, repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida. La mayoría de los individuos con TOC tiene tanto obsesiones como compulsiones. Las compulsiones se realizan típicamente en respuesta a una obsesión (p. ej., los pensamientos de contaminación que conducen a los rituales de lavado o, cuando algo es incorrecto, se produce una repetición de rituales hasta que se siente "correcto"). El objetivo es reducir la angustia provocada por las obsesiones o prevenir un acontecimiento temido (p. ej., enfermar). Sin embargo, estas compulsiones, o bien no están conectadas de forma realista con el evento temido (p. ej., disponer las cosas de forma simétrica para evitar el daño a un ser querido) o son claramente excesivas (p. ej., ducharse durante horas todos los días). Las compulsiones no se hacen por placer, aunque algunos individuos experimentan un alivio de la ansiedad o la angustia.

El Criterio B destaca que las obsesiones y las compulsiones deben consumir mucho tiempo (p. ej., más de una hora al día) o provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro para justificar un diagnóstico de TOC. Este criterio ayuda a distinguir la enfermedad de los pensamientos intrusivos ocasionales o de las conductas repetitivas, que son comunes en la población general (p. ej., un doble control de que una puerta está cerrada). La frecuencia y la gravedad de las obsesiones y compulsiones puede variar entre los individuos con TOC (p. ej., algunas personas tienen síntomas de leves a moderados, pueden pasar 1-3 horas por día obsesionadas o haciendo las compulsiones, mientras que otros tienen casi constantemente pensamientos intrusivos o compulsiones que pueden ser incapacitantes).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El contenido específico de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos. Sin embargo, ciertos aspectos o dimensiones son frecuentes, entre las que están la limpieza (obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza), la simetría (la obsesión por la simetría y las compulsiones de repetir, ordenar

y contar), los pensamientos prohibidos o tabú (p. ej., las obsesiones de agresión, sexuales y religiosas, y las compulsiones relacionadas) y el daño (p. ej., el temor a hacerse un daño a uno mismo o a otras personas y las compulsiones de comprobación). Algunas personas también tienen dificultades para desechar cosas y almacenan objetos (acumulación) como consecuencia de las obsesiones y compulsiones típicas, tales como el temor a dañar a los demás. Estos aspectos que se repiten en las diferentes culturas son relativamente constantes en el tiempo entre los adultos con este trastorno y pueden estar asociados con diferentes sustratos neurales. Es importante destacar que los individuos a menudo tienen síntomas en más de una dimensión.

Los individuos con este trastorno experimentan una variedad de respuestas afectivas cuando se enfrentan a las situaciones que provocan las obsesiones y compulsiones. Por ejemplo, muchos individuos experimentan una marcada ansiedad que puede incluir ataques de pánico recurrentes. Otros refieren fuertes sentimientos de disgusto. Durante la realización de las compulsiones, algunas personas reportan un angustioso sentido de la "perfección" que genera malestar hasta que las cosas se ven, se sienten o parecen "correctas".

Es común que las personas con este trastorno tiendan a evitar personas, lugares y cosas que puedan desencadenar las obsesiones y las compulsiones. Por ejemplo, los individuos con preocupación por la contaminación podrían evitar las zonas públicas (p. ej., los restaurantes, los baños públicos) para reducir la exposición a los agentes contaminantes temidos; los individuos con pensamientos intrusivos, referentes a causar daño, podrían evitar las interacciones sociales.

Prevalencia

La prevalencia anual del TOC en Estados Unidos es de 1,2 %, y la observada a nivel internacional es similar (1,1-1,8 %). Las mujeres se ven afectadas con una tasa ligeramente más alta que los varones en la edad adulta, aunque los varones se ven más frecuentemente afectados durante la infancia.

Desarrollo y curso

En Estados Unidos, la edad media de inicio del TOC es de 19,5 años, y el 25 % de los casos se inicia a la edad de 14 años. Su comienzo después de los 35 años es inusual, pero ocurre. Los varones tienen una edad más temprana de inicio de los síntomas que las mujeres: casi el 25 % de los varones tiene un inicio antes de la edad de 10 años. El inicio de la sintomatología suele ser gradual; sin embargo, también se ha descrito la aparición aguda.

Si el TOC no se trata, el curso suele ser crónico, a menudo con síntomas oscilantes, con crecientes y decrecientes. Algunas personas tienen un curso episódico y una minoría sufre deterioro. Sin tratamiento, las tasas de remisión en los adultos son bajas (p. ej., el 20 % para aquellos reevaluados 40 años más tarde). El inicio en la infancia o en la adolescencia puede conducir a un TOC de por vida. Sin embargo, el 40 % de los individuos con inicio del TOC en la niñez o en la adolescencia puede experimentar una remisión en la edad adulta. El curso del TOC a menudo se complica por la concurrencia de otros trastornos (véase la sección "Comorbilidad" para este trastorno).

Las compulsiones se diagnostican en los niños con más facilidad que las obsesiones porque son observables. Sin embargo, la mayoría de los niños tiene tanto obsesiones como compulsiones (como la mayoría de los adultos). El patrón de síntomas en los adultos puede ser estable en el tiempo, pero es más variable en los niños. Cuando las muestras de niños y de adolescentes se han comparado con las muestras de adultos, se han hallado algunas diferencias en el contenido de las obsesiones y compulsiones. Estas diferencias probablemente reflejan un contenido apropiado para diferentes etapas del desarrollo (p. ej., las tasas de obsesiones sexuales y religiosas son más altas en los adolescentes que en los niños; las tasas de obsesiones del daño [p. ej., el temor a los acontecimientos catastróficos, tales como la muerte o la enfermedad para sí mismo o para sus seres queridos] son más altas en los niños y los adolescentes que en los adultos).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los síntomas de interiorización, la mayor emotividad negativa y la inhibición del comportamiento en la infancia son posibles factores de riesgo temperamental.

Ambientales. El maltrato físico y sexual en la infancia y otros sucesos estresantes o traumáticos se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar TOC. Algunos niños pueden desarrollar

repentinamente síntomas obsesivo-compulsivos que se han asociado con diferentes factores ambientales, incluidos varios agentes infecciosos y un síndrome autoinmune posinfeccioso.

Genéticos y fisiológicos. La tasa de TOC en los familiares de primer grado de los adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre los familiares de primer grado de los que no tienen el trastorno; sin embargo, entre los familiares de primer grado de los individuos con un inicio del TOC en la niñez o en la adolescencia, la tasa se incrementa 10 veces. Esta transmisión familiar se debe en parte a factores genéticos (p. ej., una tasa de concordancia de 0,57 para los gemelos monocigóticos frente a 0,22 para los gemelos dicigóticos). La disfunción de la corteza orbitofrontal, de la corteza cingulada anterior y del cuerpo estriado está fuertemente implicada.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El TOC se diagnostica en todo el mundo. Hay una gran similitud en la distribución por sexos, en la edad de inicio y en la comorbilidad del TOC entre las diferentes culturas. Además, en todo el mundo existe una estructura similar de síntomas que implican limpieza, simetría, acumulación, pensamientos tabú o miedo al daño. Sin embargo, existen variaciones regionales en la expresión de los síntomas, y los factores culturales pueden configurar el contenido de las obsesiones y compulsiones.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los varones presentan una edad más temprana de inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo que las mujeres y tienen mayor probabilidad de tener comorbilidad con trastornos de tics. Se han observado diferencias de género en los patrones de las dimensiones de los síntomas, siendo, por ejemplo, las mujeres más propensas a tener síntomas en la dimensión de la limpieza y los varones más propensos a tener síntomas en las dimensiones de los pensamientos prohibidos y de la simetría. Se ha informado del comienzo o de la exacerbación del TOC durante el período del periparto, así como de síntomas que pueden interferir en la relación madre-bebé (p. ej., las obsesiones agresivas que conducen a la evitación del niño).

Riesgo de suicidio

Los pensamientos suicidas se producen en aproximadamente la mitad de los individuos con TOC en algún momento de la vida. También se refieren intentos de suicidio en hasta una cuarta parte de las personas con TOC; la presencia comórbida del trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo.

Consecuencias funcionales del trastorno obsesivo-compulsivo

El TOC está asociado con una menor calidad de vida, así como con altos niveles de deterioro en la vida social y laboral. El deterioro sucede en muchos dominios diferentes de la vida y se asocia con la gravedad de los síntomas. El deterioro puede ser debido al tiempo que se emplea en las obsesiones y las compulsiones. Evitar las situaciones que pueden desencadenar las obsesiones o compulsiones también puede restringir gravemente el funcionamiento. Además, los síntomas específicos pueden originar obstáculos específicos. Por ejemplo, las obsesiones acerca del daño pueden hacer que las relaciones con la familia y los amigos se vean como algo nocivo; el resultado puede ser evitar estas relaciones. Las obsesiones acerca de la simetría pueden frustrar la terminación puntual de los proyectos de la escuela o del trabajo, porque el proyecto nunca se percibe "perfecto", lo que puede originar fracaso escolar o pérdida del empleo.

También pueden producirse consecuencias en la salud. Por ejemplo, los individuos con problemas de contaminación pueden evitar las oficinas y los hospitales (p. ej., debido a los temores de la exposición a los gérmenes) o desarrollar problemas dermatológicos (p. ej., lesiones en la piel debido al exceso de lavado). A veces, la sintomatología de la enfermedad interfiere con su propio tratamiento (p. ej., cuando los afectados consideran que los medicamentos están contaminados). Cuando el trastorno comienza en la niñez o en la adolescencia, los individuos pueden experimentar dificultades del desarrollo. Por ejemplo, los adolescentes pueden evitar la socialización con los compañeros y los adultos jóvenes pueden tener dificultades cuando salen de casa para vivir de forma independiente.

El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía y de independencia financiera fuera de su familia de origen. Además, algunos individuos con TOC tratan de imponer reglas y prohibiciones a los miembros de la familia a causa del trastorno (p. ej., nadie en la familia puede traer visitantes a la casa por miedo a la contaminación), y esto puede conducir a la disfunción familiar.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de ansiedad. También pueden aparecer pensamientos recurrentes, conductas de evitación y preguntas repetitivas para tranquilizarse en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, los pensamientos recurrentes que están presentes en el trastorno de ansiedad generalizada (esto es, las preocupaciones) son por lo general acerca de las preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones del TOC generalmente no implican preocupaciones de la vida real y pueden incluir un contenido que es extraño, irracional, o de una naturaleza aparentemente mágica, y además a menudo se presentan compulsiones por lo general vinculadas a las obsesiones. Al igual que las personas con TOC, los individuos con fobia específica pueden tener una reacción de miedo a objetos o situaciones específicas; sin embargo, en la fobia específica, el objeto temido es mucho más circunscrito y no se presentan rituales. En el trastorno de ansiedad social (fobia social), los objetos o las situaciones temidas se limitan a las interacciones sociales, y la evitación o la búsqueda de tranquilidad se centra en la reducción de este miedo social.

Trastorno depresivo mayor. El TOC se puede distinguir de la preocupación excesiva que acompaña al trastorno depresivo en que, en este último, los pensamientos normalmente son congruentes con el estado de ánimo y no tienen por qué experimentarse como intrusivos o preocupantes y, además, las preocupaciones no están vinculadas a las compulsiones, como es típico en el TOC.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. En el trastorno dismórfico corporal, las obsesiones y compulsiones se limitan a la preocupación por la apariencia física, y en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el comportamiento compulsivo se limita a tirarse del pelo en ausencia de obsesiones. En el trastorno de acumulación, los síntomas se centran exclusivamente en la persistente dificultad de descartar o separarse de las posesiones, en la marcada angustia asociada con la eliminación de artículos y en la acumulación excesiva de objetos. Sin embargo, si un individuo tiene obsesiones que son típicas del TOC (p. ej., las preocupaciones sobre la no completitud o el daño) y estas obsesiones llevan a conductas de acumulación compulsiva (p. ej., la adquisición de todos los objetos de un conjunto para alcanzar un sentido de integridad, o no desechar los periódicos viejos, ya que podrían contener información que podría prevenir un daño), se debería diagnosticar TOC en su lugar.

Trastornos de la alimentación. El TOC se puede distinguir de la anorexia nerviosa en que en el TOC las obsesiones y compulsiones no se limitan a las preocupaciones sobre el peso y la comida.

Tics (en el trastorno de tics) y movimientos estereotipados. Un tic es una vocalización o un movimiento motor repentino, rápido, recurrente y no rítmico (p. ej., el parpadeo de los ojos, el carraspeo de la garganta). Un movimiento estereotipado es un comportamiento aparentemente impulsivo, un comportamiento motor repetitivo, no funcional (p. ej., golpearse la cabeza, mecer el cuerpo, las automordeduras). Los tics y los movimientos estereotipados son típicamente menos complejos que las compulsiones y no están destinados a neutralizar las obsesiones. Sin embargo, la distinción entre tics y compulsiones puede ser difícil. Mientras que las compulsiones generalmente están precedidas por obsesiones, los tics a menudo están precedidos por impulsos sensoriales premonitorios. Algunas personas tienen síntomas tanto de TOC como de un trastorno de tics, en cuyo caso ambos diagnósticos podrían estar justificados.

Trastornos psicóticos. Algunos individuos con TOC tienen escasa conciencia de enfermedad o incluso creencias delirantes. Sin embargo, tienen obsesiones y compulsiones (distinguiendo su dolencia del trastorno delirante) y no tienen otras características de la esquizofrenia o del trastorno esquizoafectivo (p. ej., alucinaciones o trastorno formal del pensamiento).

Otros comportamientos de tipo compulsivo. Ciertos comportamientos se describen a veces como "compulsivos", entre los que están el comportamiento sexual (en el caso de las parafilias), el juego (p. ej.,

los trastornos de juego patológico) y el consumo de sustancias (p. ej., el trastorno por consumo de alcohol). Sin embargo, estos comportamientos difieren de las compulsiones del TOC en que la persona, por lo general, obtiene placer de la actividad y tal vez desea abstenerse sólo por sus consecuencias perjudiciales.

Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. Aunque el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y el TOC tienen nombres similares, las manifestaciones clínicas de estos trastornos son bastante diferentes. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva no se caracteriza por pensamientos intrusivos, imágenes, impulsos o conductas repetitivas que se realizan en respuesta a estas intrusiones, sino que implica una mala adaptación permanente y generalizada, un patrón de perfeccionismo excesivo y un rígido control. Si una persona manifiesta síntomas tanto del TOC como del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, se podrían realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

Los individuos con TOC con frecuencia tienen otras psicopatologías. Muchos adultos con el trastorno tienen un diagnóstico de por vida de trastorno de ansiedad (un 76 %; p. ej., el trastorno de pánico, la ansiedad social, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica) o un trastorno depresivo o bipolar (un 63 % para cualquier trastorno depresivo o bipolar, siendo el más común el trastorno depresivo mayor [41 %]). El inicio del TOC es generalmente más tardío que el de los trastornos de ansiedad comórbidos (excepto el trastorno de ansiedad por separación) y el del trastorno de estrés postraumático, pero a menudo precede a los trastornos de depresión. La comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva también es frecuente en los individuos con TOC (p. ej., del 23 al 32 %).

Hasta un 30 % de los individuos con TOC también tiene un trastorno de tics a lo largo de la vida. El trastorno de tics comórbido es más frecuente en los varones con un inicio del TOC en la niñez. Estos individuos tienden a diferir de los que no tienen un historial de trastornos de tics en la temática de sus síntomas de TOC, en la comorbilidad, por supuesto, y en el patrón de transmisión familiar. En los niños también se podría ver una tríada compuesta por el TOC, el trastorno de tics y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Los trastornos que se producen con más frecuencia en las personas con TOC que en las que carecen del trastorno son los diversos trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel). Por último, se ha reseñado la existencia de una asociación entre el TOC y algunos trastornos caracterizados por la impulsividad, como el trastorno negativista desafiante.

En las personas con ciertos trastornos, la prevalencia del TOC es mucho mayor que la esperada en la población general; cuando se diagnostica uno de estos trastornos, se debería evaluar al individuo también respecto al TOC. Por ejemplo, en los individuos con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo, la prevalencia de TOC es aproximadamente del 12 %. Las tasas del TOC también son elevadas en el trastorno bipolar, en los trastornos de la conducta alimentaria, tales como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y en el trastorno de Tourette.

Trastorno dismórfico corporal

Criterios diagnósticos 300.7 (F45.22)

A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.
C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria.

Especificar si:

Con dismorfia muscular: Al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

Especificar si:

Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., "Estoy feo/a" o "Estoy deforme").

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.

Con poca introspección: El sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.

Características diagnósticas

Los individuos con trastorno dismórfico corporal (históricamente conocido como *dismorfofobia*) están preocupados por uno o más defectos percibidos en su apariencia física, por lo que se ven feos, poco atractivos, anormales o deformes (Criterio A). La percepción de los defectos no es observable o sólo es apreciada levemente por los demás individuos. El espectro de preocupaciones va de "poco atractivo" o "no normal" a "horrible" o "como un monstruo". Las preocupaciones pueden centrarse en una o varias zonas del cuerpo, más comúnmente en la piel (p. ej., la percepción de acné, cicatrices, líneas, arrugas, palidez), el pelo (p. ej., "adelgazamiento" del pelo o "excesivo" vello facial o en el cuerpo) o la nariz (p. ej., el tamaño o la forma). Sin embargo, cualquier área del cuerpo puede ser el foco de preocupación (p. ej., los ojos, los dientes, el peso, el estómago, los pechos, las piernas, el tamaño o la forma de la cara, los labios, la barbilla, las cejas, los genitales). Algunos individuos están preocupados por la asimetría percibida de algunas áreas del cuerpo. Las preocupaciones son molestas, no deseadas, consumen mucho tiempo (en promedio, 3-8 horas por día) y, por lo general, son difíciles de resistir o de controlar.

En respuesta a la preocupación se llevan a cabo comportamientos o actos mentales (p. ej., la comparación) excesivos y repetitivos (Criterio B). El individuo se siente impulsado a realizar estas conductas, que no son placenteras y pueden aumentar su ansiedad y disforia. Estas conductas normalmente requieren bastante tiempo y son difíciles de resistir o de controlar. Los comportamientos comunes son: comparar la apariencia de uno mismo con la de otros individuos; una comprobación repetitiva de los defectos percibidos usando superficies reflectantes o bajo examen directo; una excesiva preparación (p. ej., peinado, estilo, afeitado, depilación, arranque del pelo); el disimulo del aspecto (p. ej., aplicando repetidamente maquillaje o cubriendo áreas que no les gustan con objetos tales como un sombrero, ropa, maquillaje o pelo); la comprobación de cómo se aprecian los defectos percibidos, tocando las partes que no les gustan para la comprobación; el levantamiento de pesas o el ejercicio excesivo, y la búsqueda de tratamientos cosméticos. Algunos individuos se broncean excesivamente (p. ej., para oscurecer la piel "pálida" o disminuir la percepción del acné), se cambian varias veces la ropa (p. ej., para esconder los defectos percibidos) o realizan compras compulsivas (p. ej., de productos de belleza). Es frecuente rascarse la piel compulsivamente con el fin de mejorar la apariencia de los defectos percibidos, lo que puede causar daños en la piel, infecciones o ruptura de vasos sanguíneos. La preocupación debe causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del individuo (Criterio C); generalmente se presentan ambas cosas. El trastorno dismórfico corporal se debería diferenciar de los trastornos de la conducta alimentaria.

La *dismorfia muscular* es una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en los varones y consiste en la preocupación por la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente magro o musculado. Las personas con esta forma del trastorno en realidad tienen un cuerpo normal o incluso muy musculoso. También pueden estar preocupados por áreas del cuerpo tales como la piel o el cabello. Una mayoría (pero no todos) realiza levantamiento de pesas, dieta o ejercicio de forma excesiva, a veces causándose daños corporales. Algunos utilizan esteroides anabolizantes

androgénicos y otras sustancias potencialmente peligrosas para tratar de hacer que su cuerpo sea más grande y musculoso. El trastorno dismórfico corporal por poderes es una forma de trastorno dismórfico corporal en que los individuos se preocupan por defectos que perciben en la apariencia de otra persona.

La conciencia de enfermedad en relación con las creencias del trastorno dismórfico corporal puede variar de buena a ausente (p. ej., las creencias son delirantes si consisten en la plena convicción de que el aspecto percibido es exacto y no está distorsionado). De promedio, la conciencia de enfermedad es escasa y un tercio o más de los individuos tiene realmente un trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes. Los individuos con trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes tienden a tener una mayor morbilidad en algunas áreas (p. ej., en las tendencias suicidas), pero esto puede explicarse por la mayor gravedad de los síntomas del trastorno dismórfico corporal cuando se acompaña de creencias delirantes.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen ideas delirantes de referencia y la creencia de que otras personas se fijan especialmente o se burlan de ellas debido a su aspecto. El trastorno dismórfico corporal está asociado con altos niveles de ansiedad, ansiedad social, evitación social, depresión, neuroticismo y perfeccionismo, así como con baja extroversión y autoestima. Muchas personas sienten vergüenza de su apariencia, dan excesiva importancia a su aspecto y son reticentes a desvelar sus preocupaciones a los demás. La mayoría de las personas recibe tratamiento cosmético para tratar de mejorar sus defectos percibidos. Los tratamientos más comunes son los dermatológicos y la cirugía, pero pueden recibir cualquier tipo de tratamiento (p. ej., dental, electrólisis). En ocasiones, las personas pueden llegarse a operar. El trastorno dismórfico corporal parece responder mal a estos tratamientos estéticos y a veces empeora. Algunas personas emprenden acciones legales o se muestran violentas contra el clínico porque no están satisfechas con el resultado estético.

El trastorno dismórfico corporal se ha asociado con una disfunción ejecutiva y del procesamiento visual que genera un sesgo en el análisis y la codificación de los detalles en lugar de los aspectos integrales u holísticos de los estímulos visuales. Los individuos con este trastorno tienden a tener un sesgo de interpretación negativa y amenazante de las expresiones faciales y de las situaciones ambiguas.

Prevalencia

La prevalencia puntual en los adultos de Estados Unidos es del 2,4 % (2,5 % en las mujeres y 2,2 % en los varones). Fuera de Estados Unidos (p. ej., Alemania), la prevalencia actual es de aproximadamente el 1,7-1,8 %, con una distribución de género similar a la de Estados Unidos. La prevalencia actual es del 9 al 15 % entre los pacientes dermatológicos, del 7 al 8 % entre los pacientes de cirugía estética de Estados Unidos, del 3 al 16 % entre los pacientes de cirugía estética internacionales (la mayoría de los estudios), del 8 % entre los pacientes adultos de los ortodoncistas, y del 10 % entre los pacientes que requieren cirugía oral o maxilofacial.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio del trastorno es de los 16 a los 17 años, la edad media de aparición de los síntomas es de 15 años, y la edad más frecuente de aparición son los 12-13 años. Dos terceras partes de los individuos tienen un inicio del trastorno antes de los 18 años de edad. Los síntomas subclínicos del trastorno dismórfico corporal comienzan, de promedio, a la edad de 12 o 13 años. Las preocupaciones subclínicas generalmente evolucionan gradualmente hacia el trastorno completo, aunque algunos individuos experimentan la aparición brusca del trastorno dismórfico corporal. En general, el trastorno parece ser crónico, aunque es frecuente la mejoría cuando se recibe tratamiento basado en los datos científicos. Las características clínicas del trastorno parecen muy similares en los niños/adolescentes y en los adultos. El trastorno dismórfico corporal se puede producir en los ancianos, pero se sabe poco sobre la enfermedad en este grupo de edad. Los individuos con trastorno de inicio antes de los 18 años son más propensos a realizar intentos de suicidio, tienen más comorbilidad y tienen un inicio gradual del trastorno (en lugar de agudo) comparado con aquellos con el trastorno dismórfico corporal del adulto.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno dismórfico corporal se ha asociado con tasas altas de abandono y abuso durante la infancia.

Genéticos y fisiológicos. La prevalencia del trastorno dismórfico corporal es elevada en los familiares de primer grado de personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno dismórfico corporal se ha descrito a nivel internacional. Parece que el trastorno puede tener más similitudes que diferencias entre las razas y culturas, pero lo cultural, los valores y las preferencias pueden influir hasta cierto punto en el contenido de los síntomas. El *Taijin kyofusho*, incluido en el tradicional sistema de diagnóstico japonés, tiene un subtipo similar al trastorno dismórfico corporal: el *shubo-kyofu* ("la fobia de un cuerpo deformado").

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres y los varones parecen tener más similitudes que diferencias en cuanto a las características clínicas mayores del trastorno dismórfico corporal (p. ej., en la aversión por áreas del cuerpo, los tipos de comportamientos repetitivos, la gravedad de los síntomas, las tendencias suicidas, la comorbilidad, el curso de la enfermedad y el someterse a tratamientos cosméticos). Sin embargo, los varones son más propensos a tener preocupaciones genitales y las mujeres son más propensas a tener un trastorno de la conducta alimentaria comórbido. La dismorfia muscular se produce casi exclusivamente en los varones.

Riesgo de suicidio

En los adultos y los niños/adolescentes con trastorno dismórfico corporal, las tasas de ideación suicida e intentos de suicidio son altas. Por otra parte, el riesgo de suicidio parece alto en los adolescentes. Una proporción sustancial de individuos atribuyen las ideas suicidas o los intentos de suicidio principalmente a sus preocupaciones sobre la apariencia. Los individuos con trastorno dismórfico corporal tienen muchos factores de riesgo para el suicidio consumado, como el alto índice de ideación suicida, los intentos de suicidio, las características demográficas asociadas con el suicidio y las elevadas cifras de trastorno depresivo mayor comórbido.

Consecuencias funcionales del trastorno dismórfico corporal

Casi todas las personas con trastorno dismórfico corporal presentan un funcionamiento psicosocial afectado debido a las preocupaciones sobre su apariencia. El deterioro puede variar de moderado (p. ej., evitar algunas situaciones sociales) a extremo e incapacitante (p. ej., evitar completamente salir de casa). En general, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida están notablemente empobrecidos. Los síntomas más graves del trastorno dismórfico corporal se asocian con peor funcionamiento y calidad de vida. La mayoría de las personas ve deteriorados su trabajo, sus resultados académicos o el desempeño de sus funciones (p. ej., como padre o cuidador), a menudo de forma grave (p. ej., un mal funcionamiento, faltar a la escuela, al trabajo, o no trabajar). Alrededor del 20 % de los jóvenes con trastorno dismórfico corporal refiere abandono escolar principalmente debido a los síntomas de dicho trastorno. Es común el deterioro del funcionamiento social (p. ej., las actividades sociales, las relaciones, la intimidad), incluida la evitación. Los individuos pueden dejar de salir de casa a causa de los síntomas del trastorno dismórfico corporal, a veces durante años. Una alta proporción de estos adultos y adolescentes ha sido objeto de hospitalización psiquiátrica.

Diagnóstico diferencial

Preocupaciones normales sobre la apariencia y defectos físicos claramente perceptibles. El trastorno dismórfico corporal se diferencia de las preocupaciones normales por la apariencia en el

exceso de preocupaciones relacionadas con la apariencia y en los comportamientos repetitivos que consumen mucho tiempo, que son por lo general difíciles de resistir o de controlar y que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro del funcionamiento. Los defectos físicos que son claramente perceptibles (p. ej., los no leves) no se diagnostican como trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, pellizcarse la piel del cuerpo, como síntoma de trastorno dismórfico, puede causar lesiones en la piel y cicatrices visibles, en cuyo caso sí se debería diagnosticar el trastorno dismórfico corporal.

Trastornos de la conducta alimentaria. En una persona con trastorno de la conducta alimentaria se considera que la preocupación por el peso es un síntoma de dicho trastorno y no del trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, puede haber problemas de peso en el trastorno dismórfico corporal. El trastorno de la conducta alimentaria y el trastorno dismórfico corporal pueden ser comórbidos, en cuyo caso se deberían diagnosticar ambas enfermedades.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Las preocupaciones y los comportamientos del trastorno dismórfico corporal difieren de las obsesiones y compulsiones del TOC en que, en el primero, éstas se centran sólo en la apariencia. Estos trastornos tienen otras diferencias, como una escasa conciencia de enfermedad en el trastorno dismórfico corporal. Si pellizcarse la piel está destinado a mejorar la apariencia de los defectos percibidos en la piel en lugar de la propia excoriación (rascarse la piel), se diagnosticaría trastorno dismórfico corporal. Cuando el arranque del pelo (depilación, tirarse del pelo u otros tipos de extracción del cabello) esté destinado a mejorar los defectos percibidos en la apariencia de la cara o del cuerpo, se establecerá el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal en lugar del de tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Los individuos con trastorno dismórfico corporal no se preocupan por tener o contraer una enfermedad grave y no tienen niveles particularmente elevados de somatización.

Trastorno depresivo mayor. La preocupación destacada por la apariencia y los comportamientos repetitivos excesivos diferencian el trastorno dismórfico corporal del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor y los síntomas depresivos son comunes en los individuos con trastorno dismórfico corporal, y a menudo parecen ser secundarios a la angustia y al deterioro que causa el trastorno dismórfico corporal. Se debería diagnosticar el trastorno dismórfico corporal en los individuos deprimidos si se cumplen los criterios diagnósticos de éste.

Trastornos de ansiedad. La ansiedad social y la evitación son comunes en el trastorno dismórfico corporal. Sin embargo, a diferencia del trastorno de ansiedad social (fobia social), la agorafobia y el trastorno de la personalidad evitativa, el trastorno dismórfico corporal incluye una gran preocupación relacionada con la apariencia, que puede originar comportamientos delirantes y repetitivos, y la ansiedad social y la evitación asociadas son debidas a preocupaciones sobre los defectos percibidos en la apariencia y a la creencia o al temor de que otras personas consideren que estos individuos son feos o ridículos, o a que los rechacen debido a sus características físicas. A diferencia del trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación en el trastorno dismórfico corporal se centran en los defectos percibidos en la apariencia.

Trastornos psicóticos. Muchas personas con trastorno dismórfico corporal tienen creencias delirantes sobre su aspecto (p. ej., la convicción completa de que sus defectos percibidos son evidentes) y se diagnostican de trastorno dismórfico corporal con conciencia de enfermedad ausente/creencias delirantes, pero no se diagnostican de trastorno delirante. Las ideas o delirios relacionados con la apariencia son comunes en el trastorno dismórfico corporal; sin embargo, a diferencia de la esquizofrenia o del trastorno esquizoafectivo, el trastorno dismórfico corporal implica una gran preocupación por la apariencia, comportamientos repetitivos relacionados y una conducta desorganizada, mientras que los otros síntomas psicóticos están ausentes (a excepción de las creencias sobre la apariencia, que pueden llegar a ser delirantes).

Otros trastornos y síntomas. El trastorno dismórfico corporal no debe diagnosticarse si la preocupación se limita a molestias o al deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias en un individuo con malestar sobre su género, o si la preocupación se centra en la creencia de que uno emite un olor corporal fétido o repugnante, como en el síndrome de referencia olfativo (que no es un trastorno del DSM-5). El trastorno de identidad de la integridad corporal

(apotemnofilia) (que no es un trastorno del DSM- 5) implica un deseo de tener una extremidad amputada para corregir una falta de correspondencia entre el sentido que la persona tiene de su identidad corporal y su anatomía real. Sin embargo, la preocupación no se centra en el aspecto de la extremidad, como sería en el trastorno dismórfico corporal. El trastorno de Koro, que es un trastorno relacionado con la cultura, suele aparecer en forma de epidemias en el sudeste de Asia y consiste en un temor a que el pene (los labios mayores, los pezones o los senos en las mujeres) se esté reduciendo o retrayendo hasta desaparecer en el abdomen, a menudo acompañado de la creencia de que se producirá la muerte. El trastorno de Koro difiere del trastorno dismórfico corporal de varias formas, incluido su enfoque en la muerte antes que la preocupación por la fealdad. La preocupación dismórfica (que no es un trastorno del DSM-5) es un constructo mucho más amplio que no es equivalente al trastorno dismórfico corporal. Se trata de síntomas que reflejan una preocupación excesiva por los defectos leves o imaginarios del aspecto físico.

Comorbilidad

El trastorno depresivo mayor es el trastorno comórbido más común, con un inicio por lo general después del trastorno dismórfico corporal. Los trastornos de ansiedad social (fobia social), el TOC y los trastornos relacionados con sustancias son también comórbidos habitualmente.

Trastorno de acumulación

Criterios diagnósticos 300.3 (F42)

A. Dificultad persistente de deshacerse o renunciar a las posesiones, independientemente de su valor real.
B. Esta dificultad es debida a una necesidad percibida de guardar las cosas y al malestar que se siente cuando uno se deshace de ellas.
C. La dificultad de deshacerse de las posesiones da lugar a la acumulación de cosas que congestionan y abarrotan las zonas habitables y alteran en gran medida su uso previsto. Si las zonas habitables están despejadas, sólo es debido a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, personal de limpieza, autoridades).
D. La acumulación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (incluido el mantenimiento de un entorno seguro para uno mismo y para los demás).
E. La acumulación no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., lesión cerebral, enfermedad cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
F. La acumulación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, disminución de la energía en el trastorno de depresión mayor, delirios en la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, déficit cognitivo en el trastorno neurocognitivo mayor, disminución del interés en los trastornos del espectro autista).

Especificar si:

Con adquisición excesiva: Si la dificultad de deshacerse de las posesiones se acompaña de la adquisición excesiva de cosas que no se necesitan o para las que no se dispone de espacio.

Especificar si:

Con introspección buena o aceptable: El sujeto reconoce que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) son problemáticos.

Con poca introspección: El sujeto está convencido en su mayor parte de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: El sujeto está totalmente convencido de que las creencias y comportamientos relacionados con la acumulación (relacionados con la dificultad de deshacerse de las cosas, el abarrotamiento o la adquisición excesiva) no son problemáticos a pesar de la evidencia de lo contrario.

Especificadores

Con adquisición excesiva. Aproximadamente el 80-90 % de los individuos con el trastorno de acumulación tiene adquisición excesiva. La forma más frecuente de adquisición es la compra excesiva, seguida por la adquisición de artículos gratuitos (p. ej., folletos, artículos desechados por otros). El robo es menos común. Algunas personas pueden negar la adquisición excesiva durante la primera evaluación, y sin embargo, ésta puede aparecer más tarde durante el curso del tratamiento. Los individuos con el trastorno de acumulación suelen experimentar angustia si no pueden o se les impide la adquisición de artículos.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de acumulación son las dificultades persistentes para deshacerse o separarse de las posesiones, independientemente de su valor real (Criterio A). El término *persistente* indica una dificultad de larga duración en vez de las circunstancias de vida más transitorias que pueden conducir al desorden excesivo, como la herencia de bienes. La dificultad para deshacerse de las posesiones señaladas en el Criterio A se refiere a cualquier forma de descarte, incluyendo tirar, vender, regalar o reciclar. Las principales razones alegadas para estas dificultades se perciben en la utilidad, o el valor estético de los elementos, o en un fuerte apego sentimental a las posesiones. Algunas personas se sienten responsables del destino de sus bienes y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar ser derrochadores. El temor a perder información importante también es frecuente. Los objetos que se acumulan más comúnmente son periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico y papeles, pero prácticamente cualquier objeto se puede guardar. La naturaleza de los artículos no se limita a posesiones que la mayoría de la gente definiría como inútiles o de poco valor. Muchas personas recogen y guardan un gran número de cosas de valor, que a menudo se encuentran acumuladas mezcladas con otros elementos de menor valor.

Los individuos con trastorno de acumulación guardan voluntariamente sus posesiones y experimentan angustia cuando se enfrentan a la perspectiva de desecharlas (Criterio B). Este criterio enfatiza que el almacenaje de las posesiones es intencionado, lo que diferencia al trastorno de acumulación de otras formas de psicopatología que se caracterizan por la acumulación pasiva de artículos o por la ausencia de angustia cuando se deshacen de las posesiones.

Las personas que acumulan un gran número de artículos abarrotan y desordenan las zonas de vida activa imposibilitándolas para su uso previsto (Criterio C). Por ejemplo, es posible que el individuo no pueda cocinar en la cocina, dormir en su cama o sentarse en una silla. Cuando el espacio se puede utilizar, esto se hace sólo con una gran dificultad. El desorden se define como un gran grupo de objetos por lo general no relacionados o marginalmente relacionados apilados juntos de una manera desorganizada en espacios diseñados para otros fines (p. ej., mesas, suelo, pasillo). El criterio C incide en áreas "activas" de vida de la casa, en lugar de las zonas periféricas, como garajes, áticos o sótanos, que están a veces desordenados en los hogares de las personas sin trastorno de acumulación. Sin embargo, los individuos con trastorno de acumulación a menudo tienen posesiones que ocupan más que las zonas de vida activa y pueden ocupar e imposibilitar el uso de otros espacios, tales como vehículos, patios, lugares de trabajo y viviendas de amigos o familiares. En algunos casos, las zonas de vida pueden no estar alteradas gracias a la intervención de terceros (p. ej., miembros de la familia, limpiadores, autoridades locales). Las personas que han sido obligadas a limpiar sus casas todavía tienen un cuadro sintomático que cumple con los criterios para el trastorno de acumulación, puesto que la falta de desorden se debe a la intervención de terceros. El trastorno de acumulación contrasta con el comportamiento de recogida normal, el cual es organizado y sistemático, incluso si en algunos casos la cantidad real de bienes puede ser similar a la cantidad acumulada por un individuo con trastorno de acumulación. La recogida normal no produce el desorden, la angustia o el deterioro típico del trastorno de acumulación.

Los síntomas (p. ej., las dificultades de deshacerse y/o el desorden) deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en importantes ámbitos sociales, laborales o de otro tipo de funcionamiento, incluido el mantenimiento de un ambiente seguro para uno mismo y los demás

(Criterio D). En algunos casos, sobre todo cuando hay poca conciencia de la enfermedad, el individuo puede referir la angustia y el deterioro que quizá experimente. Sin embargo, cualquier intento de deshacerse o de limpiar las posesiones por terceros tiene como resultado altos niveles de angustia.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Otras características comunes del trastorno de acumulación incluyen la indecisión, el perfeccionismo, la evitación, la dilación, la dificultad en las tareas de planificación y de organización y la pérdida de atención. Algunos individuos con trastorno de acumulación viven en condiciones insanas que pueden ser consecuencia lógica de los espacios gravemente desordenados o estar relacionadas con las dificultades de planificación y organización. La acumulación de animales puede definirse como la acumulación de un gran número de animales y una falta de estándares mínimos de nutrición, sanidad, atención veterinaria y de actuación sobre el empeoramiento de su situación (incluida la enfermedad, el hambre o la muerte) y del medio ambiente (p. ej., hacinamiento extenso, condiciones extremadamente insalubres). La acumulación de animales puede ser una manifestación especial del trastorno de acumulación. La mayoría de los individuos que acumulan animales también atesoran objetos inanimados. Las diferencias más prominentes entre la acumulación de animales y la de objetos son la magnitud de las condiciones insalubres y la mayor falta de conciencia de enfermedad en la acumulación de animales.

Prevalencia

No se dispone de estudios nacionales de prevalencia representativos del trastorno de acumulación. Las encuestas comunitarias estiman que la prevalencia puntual del trastorno de acumulación clínicamente significativo en Estados Unidos y en Europa está aproximadamente entre el 2 y el 6 %. El trastorno de acumulación afecta tanto a los varones como a las mujeres, pero algunos estudios epidemiológicos han concluido que la prevalencia es significativamente mayor entre los varones. Esto contrasta con las muestras clínicas, que están predominantemente formadas por mujeres. Los síntomas de acumulación parecen ser casi tres veces más frecuente en los adultos mayores (con edades de 55 a 94 años) que en los adultos más jóvenes (con edades de 34 a 44 años).

Desarrollo y curso

El trastorno de acumulación parece comenzar en etapas tempranas de la vida y se extiende hasta bien entradas las últimas etapas. Los primeros síntomas de acumulación pueden surgir en torno a los 11-15 años y empiezan a interferir con el funcionamiento de la vida cotidiana del individuo en torno a la mitad de la segunda década, causando un deterioro clínicamente significativo a mediados de la tercera década de la vida. Los participantes en los estudios de investigación clínica tienen unos 50 años. Por lo tanto, la gravedad del trastorno de acumulación aumenta con cada década de la vida. Una vez que los síntomas comienzan, el curso de la acumulación a menudo es crónico, con unos pocos individuos que presentan un curso oscilante.

La acumulación patológica en los niños se puede distinguir fácilmente de los comportamientos adaptativos de recoger y guardar normales del desarrollo. Dado que los niños y los adolescentes no suelen controlar el entorno donde viven, ni las conductas de desecho o de retirada, debe tenerse en cuenta al hacer el diagnóstico la posible intervención de terceros (p. ej., los padres mantienen los espacios utilizables y por lo tanto reducen la interferencia).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La indecisión es una característica destacada de las personas con trastorno de acumulación y de sus familiares de primer grado.

Ambientales. Los individuos con trastorno de acumulación informan a menudo retrospectivamente de acontecimientos vitales estresantes traumáticos anteriores a la aparición de la enfermedad o que causan una exacerbación de la misma.

Genéticos y fisiológicos. El comportamiento de acumulación es familiar y aproximadamente el 50 % de los individuos que acumulan informa de que tiene un familiar que también lo hace. Los estudios de gemelos indican que aproximadamente el 50 % de la variabilidad de la conducta de acumulación es atribuible a factores genéticos añadidos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Mientras que la mayor parte de la investigación se ha hecho en países occidentales industrializados y en comunidades urbanas, los datos disponibles procedentes de países no occidentales y en desarrollo sugieren que la acumulación es un fenómeno universal con características clínicas uniformes.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las características principales del trastorno de acumulación (esto es, los problemas para tirar, el desorden excesivo) son en general comparables en los varones y las mujeres, pero las mujeres tienden a mostrar una adquisición excesiva, en particular una compra excesiva, en comparación con los varones.

Consecuencias funcionales del trastorno de acumulación

El desorden afecta a las actividades básicas, como moverse por la casa, cocinar, la limpieza, la higiene personal e incluso al sueño. Puede suceder que los electrodomésticos se rompan y los suministros públicos como el agua y la electricidad se averíen sin que nadie pueda acceder a ellos para repararlos. A menudo, la calidad de la vida se deteriora considerablemente. En los casos graves, la acumulación puede producir riesgo de incendio, de caídas (especialmente en los individuos de edad avanzada), falta de saneamiento y otros peligros para la salud. El trastorno de acumulación se asocia a deterioro en el trabajo, problemas de salud física y una elevada utilización de los servicios sociales. Las relaciones familiares están a menudo rodeadas de tensión, son comunes los conflictos con los vecinos y con las autoridades locales, y una proporción sustancial de individuos con trastorno de acumulación grave se ve envuelto en procesos legales de desalojo.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. El trastorno de acumulación no se diagnostica si los síntomas se consideran una consecuencia directa de otra afección médica (Criterio E), como una lesión cerebral traumática, la resección quirúrgica para el tratamiento de un tumor o para controlar crisis convulsivas, la enfermedad cerebrovascular, las infecciones del sistema nervioso central (p. ej., la encefalitis del herpes simple) o afecciones neurogenéticas como el síndrome de Prader-Willi. El daño de las cortezas prefrontal, ventromedial anterior y cingulada se ha relacionado particularmente con la excesiva acumulación de objetos. En estas personas, la conducta acumulativa no se presenta antes de la aparición del daño cerebral y aparece poco después de producirse el mismo. Algunas de estas personas parecen tener poco interés por los elementos acumulados y son capaces de desecharlos con facilidad o no les importa que lo hagan los demás, mientras que otros parecen ser muy reacios a despedirse de cualquier cosa.

Trastornos del neurodesarrollo. El trastorno de acumulación no se diagnostica si la acumulación de objetos se juzga como una consecuencia directa de un trastorno del neurodesarrollo, como los trastornos del espectro autista o la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. No se diagnostica el trastorno de acumulación si se juzga que la acumulación de objetos es una consecuencia directa de los delirios o de los síntomas negativos de algún trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Episodio depresivo mayor. No se diagnostica el trastorno de acumulación si la acumulación de objetos se considera que es consecuencia directa del retraso psicomotor, la fatiga o la pérdida de energía durante un episodio depresivo mayor.

Trastorno obsesivo-compulsivo. No se diagnostica el trastorno de acumulación si se juzga que los síntomas son consecuencia directa de las obsesiones o compulsiones típicas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), como temores de contaminación, de daño o sentimientos de imperfección. Los sentimientos de falta (p. ej., perder la propia identidad, o tener que documentar y conservar todas las experiencias de vida) están entre los síntomas del TOC más frecuentemente asociados con esta forma de acaparamiento. La acumulación de objetos también puede ser el resultado de evitar de manera

persistente los rituales molestos (p. ej., no desechar objetos con el fin de evitar el lavado interminable o los rituales de control).

En el TOC, el comportamiento es por lo general no deseado y altamente preocupante, y el individuo no experimenta ningún placer o recompensa. Generalmente la acumulación excesiva no está presente; si lo está, tienen la necesidad de comprar los artículos que han tocado accidentalmente con el fin de evitar la contaminación de otras personas, pero no a causa de un verdadero deseo de poseer los elementos. Los individuos que acumulan en el contexto de un TOC son también más propensos a acumular objetos extraños, tales como basura, heces, orina, uñas, cabello, pañales usados o comida en mal estado. La acumulación de estos elementos es muy inusual en el trastorno de acumulación.

Cuando aparece acumulación grave simultáneamente con otros síntomas típicos de TOC, pero se considera independiente de estos síntomas, se podría diagnosticar tanto el trastorno de acumulación como el TOC.

Trastornos neurocognitivos. No se diagnostica trastorno de acumulación si se considera que la acumulación de objetos es una consecuencia directa de una enfermedad degenerativa, como el trastorno neurocognitivo asociado a la degeneración lobular frontotemporal, o la enfermedad de Alzheimer. Típicamente, el inicio del comportamiento de acumulación es gradual y sigue al inicio del trastorno neurocognitivo. El comportamiento de acumulación puede ir acompañado de autoabandono y de una miseria doméstica importante, junto con otros síntomas neuropsiquiátricos, como desinhibición, juegos de azar, rituales/estereotipias, tics y conductas autolesivas.

Comorbilidad

Aproximadamente el 75 % de los individuos con trastorno de acumulación tiene un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad comórbido. Las afecciones comórbidas más comunes son el trastorno depresivo mayor (hasta el 50 % de los casos), el trastorno de ansiedad social (fobia social) y el trastorno de ansiedad generalizada. Aproximadamente el 20 % de los individuos con trastorno de acumulación también tiene síntomas que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo. A menudo, estas comorbilidades pueden ser el principal motivo de consulta, ya que no es probable que los individuos refieran de una manera espontánea los síntomas de acumulación, y estos síntomas a menudo no se suelen explorar en las entrevistas clínicas de rutina.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)

Criterios diagnósticos 312.39 (F63.3)

A. Arrancarse el pelo de forma recurrente, lo que da lugar a su pérdida.
B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de arrancar el pelo.
C. Arrancarse el pelo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. El hecho de arrancarse el pelo o la pérdida del mismo no se puede atribuir a otra afección médica (p. ej., una afección dermatológica).
E. El hecho de arrancarse el pelo no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal).

Características diagnósticas

La característica esencial de la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) es el acto recurrente de arrancarse el propio pelo (Criterio A). El acto de arrancar el pelo puede afectar a cualquier región del cuerpo en la que crezca pelo; las localizaciones más frecuentes son el cuero cabelludo, las cejas y los párpados, mientras que los sitios menos comunes son el vello axilar, el facial, el púbico y el de las regiones perirrectales. Es posible que los sitios donde se producen los tirones de pelo varíen con el tiempo. El acto de arrancarse el pelo puede aparecer en forma de episodios breves repartidos durante todo el día o en períodos menos frecuentes pero más sostenidos, de horas de duración, y tales tirones

de pelo pueden durar meses o años. El criterio A requiere que el acto de arrancarse el pelo dé lugar a una pérdida del mismo, aunque las zonas de donde se arranca el pelo pueden estar ampliamente distribuidas (p. ej., arrancarse pelos individuales en cada uno de los sitios) de tal manera que la pérdida de pelo puede no ser claramente visible. Por otra parte, los individuos pueden tratar de ocultar o camuflar la pérdida de pelo (p. ej., mediante el uso de maquillaje, bufandas o pelucas). Los individuos con tricotilomanía han llevado a cabo repetidos intentos para disminuir o detener el acto de arrancarse el pelo (Criterio B). El Criterio C indica que el tirarse del pelo provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de cualquier otra área de funcionamiento. El término malestar se refiere a los efectos negativos que pueden experimentar los individuos en el acto de arrancarse el pelo, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en las diferentes áreas del funcionamiento (p. ej., social, laboral, académico y de ocio), en parte debido a la evitación del trabajo, la escuela u otras situaciones públicas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Arrancarse el pelo puede ir acompañado de una serie de comportamientos o de rituales que impliquen el pelo. Por lo tanto, los individuos pueden buscar un tipo específico de pelo para tirar (p. ej., los pelos con una textura específica o color), pueden tratar de extraer el pelo de una manera específica (p. ej., de manera que la raíz salga intacta), o pueden examinarlo visualmente o al tacto, o por vía oral y manipular el pelo después de haberlo arrancado (p. ej., haciendo rodar el cabello entre los dedos, tirar del cabello con los dientes, morder el pelo en trozos o tragarse el pelo) .

El acto de arrancarse el pelo también puede ir precedido o acompañado de diferentes estados emocionales. De este modo, puede provocarse por sentimientos de ansiedad o aburrimiento, puede estar precedido de un creciente sentimiento de tensión (ya sea inmediatamente antes de sacar el pelo o cuando se intenta resistir el impulso a arrancárselo), o puede conducir a la gratificación, al placer o a una sensación de alivio una vez se ha arrancado el pelo. El acto de arrancarse el pelo puede implicar diversos grados de conciencia; algunas personas muestran una mayor atención al arrancarse el cabello (con una tensión previa y un alivio posterior), y otros individuos exhiben un comportamiento más automático (se tiran del pelo sin darse cuenta del todo). Muchos individuos refieren una mezcla de los dos estilos de comportamiento. Algunas personas experimentan una sensación de "hormigueo" en la cabeza que se alivia al arrancarse el cabello. El dolor no suele acompañar a la extracción del cabello.

Los patrones de pérdida de cabello son muy variables. Son comunes zonas de alopecia completa, así como áreas de menor densidad del cabello. Cuando afecta al cuero cabelludo, puede haber predilección por eliminar el cabello de las regiones de la coronilla o parietales. Puede haber un patrón de calvicie casi completa, excepto en un estrecho perímetro alrededor de los márgenes externos del cuero cabelludo, particularmente en la nuca ("tonsura por tricotilomanía"). Puede haber una ausencia total de cejas y pestañas.

El acto de arrancarse el cabello por lo general no se produce en presencia de otras personas, salvo miembros muy cercanos de la familia. Ciertos individuos tienen impulsos de arrancar el pelo de otras personas y pueden tratar de buscar oportunidades para hacerlo a escondidas. Determinados individuos pueden tirar de los pelos de las mascotas, las muñecas y otros materiales fibrosos (p. ej., suéteres o alfombras). Algunas personas pueden negar ante los demás que se arrancan el pelo. La mayor parte de las personas con tricotilomanía también presenta una o más conductas repetitivas centradas en el cuerpo, como son pellizcarse la piel, morderse las uñas y mordisquearse los labios.

Prevalencia

En la población general, la prevalencia anual estimada para la tricotilomanía en los adultos y los adolescentes está entre el 1 y el 2 %. Las mujeres se ven afectadas con más frecuencia que los varones, en una proporción de aproximadamente 10:1. Esta estimación refleja probablemente la proporción verdadera del género en la afección, aunque también puede reflejar diferencias en la búsqueda de tratamiento según el género o actitudes culturales en cuanto a la apariencia (p. ej., la aceptación de la pérdida del cabello es normal entre los varones). Entre los niños con tricotilomanía, los varones y las mujeres están representados por igual.

Desarrollo y curso

El acto de arrancarse el pelo se puede observar en los bebés, y este comportamiento generalmente se resuelve durante el desarrollo temprano. El comienzo de la actividad de arrancarse el pelo en la tricotilomanía coincide o sigue habitualmente a la llegada de la pubertad. Los sitios donde se arranca pelo pueden variar con el tiempo. El curso normal de la tricotilomanía es crónico y fluctuante si el trastorno no recibe tratamiento. Es posible que los síntomas empeoren en las mujeres acompañando a los cambios hormonales (p. ej., la menstruación, la perimenopausia). Para algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años. Una minoría de individuos experimenta la remisión sin recaída posterior a los pocos años del inicio.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Hay pruebas de que existe vulnerabilidad genética a la tricotilomanía. El trastorno es más frecuente en los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y en sus familiares de primer grado que en la población general.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La tricotilomanía parece manifestarse de manera similar en todas las culturas, aunque hay pocos datos de las regiones no occidentales.

Marcadores diagnósticos

La mayoría de los individuos con tricotilomanía admiten que se arrancan el pelo, por lo que rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. La biopsia de piel y el examen con dermatoscopia son capaces de diferenciar el trastorno de otras causas de alopecia. En la tricotilomanía, la dermatoscopia muestra una serie de características, entre las que están la disminución de la densidad del cabello, el vello corto y los pelos rotos con diferentes longitudes.

Consecuencias funcionales de la tricotilomanía

La tricotilomanía se asocia con angustia, así como con discapacidad social y ocupacional. Puede haber un daño irreversible en el crecimiento del pelo y en la calidad del mismo. Las consecuencias médicas de la tricotilomanía son infrecuentes: púrpura, lesiones musculoesqueléticas (p. ej., síndrome del túnel carpiano, dolor de espalda, hombro y cuello), blefaritis y daño dental (p. ej., dientes desgastados o rotos debidos a morder el vello). La ingestión de pelo (tricofagia) puede llevar a tricobezoares, con la consiguiente anemia, dolor abdominal, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal e incluso perforación.

Diagnóstico diferencial

Depilación o manipulación normal. No se debería diagnosticar tricotilomanía cuando la depilación se realiza únicamente por razones estéticas (p. ej., para mejorar la apariencia física). Muchas personas retuercen y juegan con su cabello, pero este comportamiento no suele bastar para un diagnóstico de tricotilomanía. Algunos individuos pueden morder en lugar de arrancarse el pelo, pero, de nuevo, esto no justifica un diagnóstico de tricotilomanía.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. Las personas con TOC y preocupaciones de simetría pueden arrancarse los pelos como parte de sus rituales de simetría, y las personas con trastorno dismórfico corporal pueden eliminar el vello corporal que ellos perciben como feo, asimétrico o anormal; en tales casos no se debería diagnosticar la tricotilomanía. La descripción del trastorno de conducta repetitiva centrada en el cuerpo del trastorno obsesivo-compulsivo especificado y trastornos relacionados excluye a las personas que cumplan los criterios de diagnóstico para la tricotilomanía.

Trastornos del neurodesarrollo. En los trastornos del neurodesarrollo, arrancarse el pelo puede cumplir la definición de estereotipias (p. ej., en el trastorno de movimientos estereotipados). Los tics (en trastornos de tics) rara vez conducen a arrancarse el cabello.

Trastorno psicótico. Las personas con un trastorno psicótico pueden eliminar el vello como reacción ante un delirio o una alucinación. En tales casos no se diagnosticaría la tricotilomanía.

Otra afección médica. No se diagnosticaría la tricotilomanía si arrancarse el pelo o la pérdida de pelo es atribuible a otra afección médica (p. ej., la inflamación de la piel u otras afecciones dermatológicas). Se deberían considerar otras causas de alopecia cicatricial (p. ej., la alopecia areata, la alopecia androgénica, el efluvio telógeno) o no cicatricial (p. ej., el lupus eritematoso discoide crónico, el liquen plano folicular, la alopecia cicatricial central centrífuga, la seudopelada, la foliculitis decalvante, la foliculitis disecante, el acné queloide de la nuca) en los individuos con pérdida de pelo que niegan arrancárselo. La biopsia de piel o la dermatoscopia se pueden utilizar para diferenciar los individuos con tricotilomanía de aquellos con trastornos dermatológicos.

Trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas de los tirones de pelo se pueden exacerbar por ciertas sustancias (p. ej., los estimulantes), pero es menos probable que sean las sustancias la causa primaria de arrancarse el pelo de una forma persistente.

Comorbilidad

La tricotilomanía suele ir acompañada de otros trastornos mentales, por lo general del trastorno depresivo mayor y del trastorno de excoriación (rascarse la piel). En la mayoría de los individuos con tricotilomanía se producen conductas repetitivas, centradas en el cuerpo, con síntomas distintos de arrancarse el cabello o de rascarse la piel (p. ej., morderse las uñas) que pueden merecer un diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y trastornos relacionados (esto es, trastorno de conductas repetitivas centradas en el cuerpo).

Trastorno de excoriación (rascarse la piel)

Criterios diagnósticos 698.4 (L98.1)

A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.
C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de excoriación (rascarse la piel) es el rascado recurrente de la propia piel (Criterio A). Los sitios más frecuentemente escogidos son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen múltiples lugares del cuerpo. Las personas pueden rascarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel y las lesiones, como granos o callos, o las costras de anteriores rascados. La mayoría de los individuos lo realizan con sus uñas, aunque muchos utilizan pinzas, alfileres u otros objetos. Además del rascado de la piel puede haber frotamiento, presión, punción y mordedura de la piel. Los individuos con trastorno de excoriación a menudo pasan una cantidad significativa de su tiempo realizando comportamientos de rascado, a veces varias horas al día, y esta

excoriación de la piel puede durar meses o años. El Criterio A requiere que rascarse la piel conduzca a lesiones en la piel, aunque las personas con este trastorno a menudo tratan de ocultar o camuflar dichas lesiones (p. ej., con el maquillaje o con la ropa). Los individuos con trastorno de excoriación han realizado repetidos intentos de disminuir o cesar el rascado de la piel (Criterio B).

El Criterio C indica que el rascado de la piel provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro en el ámbito social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento. El término *malestar* incluye los efectos negativos de la angustia que pueden experimentar las personas al rascarse la piel, como un sentimiento de pérdida de control, molestia y vergüenza. El deterioro significativo puede ocurrir en diferentes áreas de funcionamiento (p. ej., social, laboral, académica y de ocio), en parte debido a la evitación de situaciones sociales.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El rascado de la piel puede estar acompañado por una serie de comportamientos o rituales que involucran la piel o las costras. Por lo tanto, los individuos pueden buscar un tipo específico de costra para tirar, examinar, llevarse a la boca o tragarse la piel después de que se ha arrancado. El rascado de la piel también puede estar precedido o acompañado de diferentes estados emocionales. El rascado de la piel puede estar provocado por sentimientos de ansiedad o aburrimiento, podrá estar precedido de una sensación creciente de tensión (ya sea inmediatamente antes de rascar la piel o cuando se trata de resistir la tentación de hacerlo), y puede dar lugar a satisfacción, placer o una sensación de alivio cuando se ha rascado la piel o una costra. Algunos individuos informan que lo realizan en respuesta a una irregularidad menor de la piel o para aliviar una sensación corporal incómoda. El dolor no suele acompañar al rascado de la piel. Algunos individuos realizan la selección de la piel de manera concentrada (p. ej., con una tensión anterior y un alivio posterior), mientras que otros se dedican a rascarse de manera más automática (p. ej., cuando se produce el rascado de la piel sin tensión precedente y sin conciencia plena), y muchos tienen una mezcla de ambos estilos conductuales. El rascado de la piel no suele ocurrir en presencia de otras personas, salvo miembros de la familia muy cercanos. Algunas personas refieren que rascan la piel de los demás.

Prevalencia

En la población general, la prevalencia de por vida para el trastorno de excoriación en los adultos es del 1,4 % o algo mayor. Las tres cuartas partes o más de las personas con este trastorno son mujeres. Esto probablemente refleja la proporción verdadera del género para la afección, aunque también puede reflejar diferencias en la búsqueda de tratamiento en función del género o actitudes culturales con respecto a la apariencia.

Desarrollo y curso

Aunque el trastorno de excoriación se puede presentar en diversas edades, el rascado de la piel se inicia más a menudo en la adolescencia, generalmente coincidiendo con el inicio de la pubertad o poco después. El trastorno con frecuencia comienza con una afección dermatológica como el acné. Los sitios de rascado de la piel pueden variar con el tiempo. El curso habitual es crónico y fluctuante. En algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de excoriación es más frecuente en los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y en sus familiares de primer grado que en la población general.

Marcadores diagnósticos

La mayoría de los individuos con trastorno de excoriación admite que se rasca la piel, por lo tanto, rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. Sin embargo, el trastorno puede tener rasgos característicos histopatológicos.

Consecuencias funcionales del trastorno de excoriación

El trastorno de excoriación se asocia con angustia, así como con discapacidad social y ocupacional. La mayoría de las personas con esta enfermedad pasan al menos 1 hora al día rascándose, pensando en el rascado y resistiendo el impulso de rascarse. Muchas personas refieren que evitan eventos sociales o de ocio, así como salir en público. La mayoría de los individuos con el trastorno también refieren que el rascado interfiere en su trabajo con una frecuencia por lo menos diaria o semanal. Una proporción significativa de estudiantes con trastorno de excoriación informa de haberse ausentado de la escuela a causa del rascado, por haberse tenido dificultades para cumplir con sus obligaciones o por haber tenido problemas para estudiar. Las complicaciones médicas de rascarse la piel son el daño a los tejidos, la cicatrización y la infección, que puede ser potencialmente mortal. En raras ocasiones se ha informado de sinovitis de las muñecas debido al rascado crónico. El rascado de la piel a menudo da lugar a daño tisular y a una cicatrización significativa. Con frecuencia se necesita tratamiento con antibióticos para la infección y en ocasiones se puede requerir cirugía.

Diagnóstico diferencial

Trastorno psicótico. En el trastorno psicótico el rascado de la piel puede ocurrir en respuesta a un delirio (esto es, una parasitosis) o a alucinaciones táctiles (esto es, hormigueo). En tales casos, no se debería diagnosticar el trastorno de excoriación.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. Las compulsiones de lavado excesivo en respuesta a obsesiones de contaminación en los individuos con TOC pueden conducir a lesiones de la piel, y el rascado de la piel puede aparecer en individuos con trastorno dismórfico corporal que se rascan la piel únicamente debido a sus preocupaciones por su aspecto; en tales casos no se debería diagnosticar trastorno de excoriación. En la descripción de los trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo dentro del trastorno obsesivo-compulsivo especificado y otros trastornos relacionados se excluyen los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos del trastorno de excoriación.

Trastornos del neurodesarrollo. Aunque el trastorno de movimientos estereotipados puede caracterizarse por una conducta de autolesión repetitiva, se inicia en el período de desarrollo temprano. Por ejemplo, los individuos con el síndrome de Prader-Willi pueden sufrir un inicio del rascado de la piel precoz y sus síntomas pueden satisfacer los criterios del trastorno de movimientos estereotipados. Aunque los tics en las personas con trastorno de Tourette pueden llevar a la autolesión, el comportamiento no es como en el trastorno de excoriación.

Síntomas somáticos y trastornos relacionados. No se diagnosticaría el trastorno de excoriación si la lesión de la piel se debe principalmente a las conductas fraudulentas del trastorno facticio.

Otros trastornos. No se diagnosticaría el trastorno de excoriación si el rascado de la piel es principalmente atribuible a la intención de hacerse daño a uno mismo, que es característica de las lesiones autoinfligidas no suicidas.

Otras afecciones médicas. No se diagnosticaría el trastorno de excoriación si el rascado de la piel es principalmente atribuible a otra afección médica. Por ejemplo, la sarna es una afección dermatológica invariablemente asociada con picazón y rascado. Sin embargo, el trastorno de excoriación puede ser precipitado o agravado por una afección dermatológica subyacente. Por ejemplo, el acné puede conducir al rascado y a pellizcos, y éste podría estar también asociado de forma comórbida con el trastorno de excoriación. La diferenciación entre estas dos situaciones clínicas (acné con algunos arañazos y rascado frente a acné con trastorno de excoriación comórbido) requiere evaluar en qué medida el rascado de piel es independiente de la afección dermatológica subyacente.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Los síntomas del rascado de piel también se pueden inducir por determinadas sustancias (p. ej., la cocaína) y, en tales casos, no se debería diagnosticar trastorno de excoriación. Si el pellizcado de la piel es clínicamente significativo, entonces se debería considerar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos y trastornos relacionados.

Comorbilidad

El trastorno de excoriación suele ir acompañado de otros trastornos mentales. Tales trastornos son el TOC y la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), así como el trastorno depresivo mayor. Las conductas repetitivas centradas en el cuerpo distintas de rascarse la piel y arrancarse el pelo (p. ej., morderse las uñas) se producen en muchas personas con trastorno de excoriación y pueden merecer el diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y trastornos relacionados (p. ej., trastorno de conductas repetitivas centradas en el cuerpo).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

A. Las obsesiones, compulsiones, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados predominan en el cuadro clínico.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

   1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado que no es inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado independiente pueden incluir lo siguiente:

   Los síntomas anteceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico además de un diagnóstico de intoxicación o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para justificar atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados inducidos por [una sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por consumo de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1" y el médico hará constar "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2" y el médico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un

trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9" y el médico sólo hará constar el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Anfetaminas (u otros estimulantes)	292.89	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	292.89	F14.188	F14.288	F14.988
Otra sustancia (o sustancias desconocidas)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y adictivos" para diagnósticos asociados a la clase de sustancia):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la abstinencia.
Con inicio después del consumo de medicamentos: Los síntomas pueden aparecer al empezar la medicación o después de una modificación o cambio en el consumo.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se supone que es la causante de los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases, se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del consumo del medicamento). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de comportamientos repetitivos que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.89 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por cocaína, con inicio durante la intoxicación.

También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados, cada una de ellas se enumerará por separado.

CIE-10-MC. El nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., cocaína) que se supone que es la causante de los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases, se utilizará el código "otra sustancia" sin consumo concurrente de sustancias; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida" sin consumo concurrente de sustancias.

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia, inicio después del consumo del medicamento). Por ejemplo, en el caso de los comportamientos repetitivos que se producen durante la intoxicación en un sujeto con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.288 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por cocaína, con inicio durante la intoxicación. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias se producen sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F15.988 trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por anfetamina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados, cada una de ellas se enumerará por separado.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos con él relacionados inducidos por sustancias/medicamentos son síntomas prominentes del trastorno obsesivo compulsivo y sus trastornos relacionados (Criterio A) que se consideran que son atribuibles a los efectos de una sustancia (p. ej., drogas de abuso, medicación). Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y sus trastornos relacionados deben haberse desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia o después de la exposición a un medicamento o un tóxico, y dicha sustancia/medicamento debe ser capaz de producir los síntomas (Criterio B). El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por una medicación prescrita para un trastorno mental o una afección médica general debe tener su inicio mientras el individuo está recibiendo tal medicación. Una vez que el tratamiento se interrumpe, el trastorno obsesivo-compulsivo y los síntomas del trastorno suelen mejorar o remitir entre unos pocos días y varias semanas hasta llegar a un mes (dependiendo de la vida media de la sustancia/medicamento). El trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos no se deberían diagnosticar si el inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados precede a la intoxicación de la sustancia o al uso del medicamento, o si los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo, por lo general superior a un mes, a partir del momento de la intoxicación o de la abstinencia grave. Se deben considerar otras causas si los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados persisten durante un período sustancial de tiempo. Además del diagnóstico de intoxicación por sustancias debe hacerse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y sean lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las obsesiones y compulsiones, tirarse del pelo, pellizcarse la piel y otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo pueden aparecer en asociación con la intoxicación de las siguientes clases de sustancias: los estimulantes (como la cocaína) y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Los metales pesados y las toxinas también pueden causar síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Las pruebas de laboratorio (p. ej., la toxicología de orina) pueden ser útiles para medir la intoxicación por sustancias y forman parte de la evaluación de los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

Prevalencia

En la población general, la escasez de datos disponibles indica que el trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias y sus trastornos relacionados son muy raros.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias. En la intoxicación por sustancias pueden producirse síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. El diagnóstico de intoxicación por sustan-

cias específicas suele ser suficiente para justificar la presentación de los síntomas. Debe hacerse el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, además del de intoxicación por sustancias, cuando se considere que los síntomas son excesivos en comparación con los que se asocian habitualmente a la intoxicación, además de suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (esto es, no inducido por una sustancia). El trastorno obsesivo-compulsivo inducido por sustancias/medicamentos está etiológicamente relacionado con una sustancia/medicamento. El trastorno obsesivo-compulsivo inducido por medicamentos y los trastornos con él relacionados se distinguen del trastorno obsesivo-compulsivo primario y sus trastornos relacionados por el inicio, el curso y otros factores relacionados con las sustancias/medicamentos. Para las drogas de abuso debería haber indicios en la historia, la exploración física o las pruebas de laboratorio que avalen su uso o intoxicación. El diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos sólo se plantea en relación con la intoxicación, mientras que el de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados primarios puede preceder al inicio del consumo de la sustancia/medicamento. La presencia de las características que son atípicas del trastorno obsesivo-compulsivo primario y sus trastornos relacionados, tales como la edad atípica de inicio de los síntomas, puede sugerir una etiología inducida por sustancias. Se justificaría un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo primario y trastornos relacionados si los síntomas persistiesen durante un período sustancial de tiempo (alrededor de un mes o más) después del final de la intoxicación por sustancias o si el individuo tuviera antecedentes de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica. Si los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados son atribuibles a otra afección médica (esto es, en lugar de atribuibles a la medicación tomada para la otra afección médica), se debe hacer el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica. La historia a menudo proporciona la base para el juicio. A veces puede ser necesario un cambio en el tratamiento de la otra condición médica (p. ej., la sustitución de medicamentos o la interrupción) para determinar si el medicamento es el agente causal (en cuyo caso los síntomas podrían explicarse mejor por el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados inducidos por medicamentos). Si la perturbación es atribuible tanto a otra enfermedad como al consumo de sustancias, se podrían establecer ambos diagnósticos (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica y trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por la medicación). Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si los síntomas son atribuibles a una sustancia/medicamento u otra enfermedad, o si son síntomas primarios (p. ej., no atribuibles a una sustancia/medicamento ni a otra afección médica), estarían indicados el diagnóstico de otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado o no especificado y trastornos relacionados.

Delirium. Si los síntomas obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados aparecen exclusivamente durante el curso del delirium, se consideran una característica asociada al delirium y se diagnostican por separado.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica

Criterios diagnósticos 294.8 (F06.8)

A. Las obsesiones, compulsiones, preocupaciones por el aspecto, acumulación, rascarse la piel, arrancarse el pelo, otros comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo u otros síntomas característicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados predominan en el cuadro clínico.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con síntomas del tipo trastorno obsesivo-compulsivo: Si los síntomas del tipo del trastorno obsesivo-compulsivo predominan en el cuadro clínico.
Con preocupación por el aspecto: Si la preocupación por defectos o imperfecciones percibidos predomina en el cuadro clínico.
Con síntomas de acumulación: Si la acumulación predomina en el cuadro clínico.
Con síntomas de arrancarse el pelo: Si el hecho de arrancarse el pelo predomina en el cuadro clínico.
Con síntomas de rascarse la piel: Si el hecho de rascarse la piel predomina en el cuadro clínico.

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 294.8 [F06.8] trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a infarto cerebral). La otra afección médica se codificará y se indicará por separado inmediatamente antes del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debidos a la afección médica (p. ej., 438.89 [I69.398] infarto cerebral; 294.8 [F06.8] trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados debidos a infarto cerebral).

Características diagnósticas

La característica clínica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados debidos a otra afección médica es la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos significativos y afines cuya mejor explicación es que son consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. Los síntomas pueden consistir en obsesiones prominentes, compulsiones, preocupaciones por la apariencia, acumulación, arrancarse el pelo, pellizcarse la piel o cualquier otra conducta repetitiva y centrada en el cuerpo (Criterio A). El juicio de si los síntomas se explicarían mejor por la afección médica asociada debería basarse en los indicios de la historia, el examen físico y los resultados de las analíticas (Criterio B). Además, se debería descartar que los síntomas no se puedan explicar mejor por otro trastorno mental (Criterio C). El diagnóstico no se establece si los síntomas obsesivo-compulsivos y afines aparecen únicamente durante el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas obsesivo-compulsivos y afines deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de cualquier otra área importante para el individuo (Criterio E).

Para determinar si los síntomas obsesivo-compulsivos y afines son atribuibles a otra afección médica, debería estar presente una afección médica destacada. Además, debería establecerse que los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados podrían estar etiológicamente vinculados con el estado de salud a través de algún mecanismo fisiopatológico y que ésta sería la mejor explicación de los síntomas en la persona afectada. Aunque no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre el trastorno obsesivo-compulsivo con sus síntomas y la afección médica es etiológica, algunas consideraciones que podrían servir de guía en la elección de este diagnóstico serían la presencia de una clara asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la afección médica y los síntomas obsesivo-compulsivos y afines, la presencia de características que son atípicas del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados primarios (p. ej., la edad atípica de inicio de los síntomas o un curso atípico) y las pruebas bibliográficas de que existe un mecanismo fisiológico conocido que causa los síntomas obsesivo-compulsivos y afines (p. ej., la lesión del núcleo estriado). Además, la perturbación no debería poder explicarse mejor por un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados primarios, un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos u otro trastorno mental.

Existe cierta controversia sobre si los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados pueden ser atribuidos a una infección estreptocócica del Grupo A. La corea de Sydenham es la

manifestación neurológica de la fiebre reumática, que a su vez se debe a una infección estreptocócica del Grupo A. La corea de Sydenham se caracteriza por una combinación de características motoras y no motoras. Las características no motoras son obsesiones, compulsiones, déficit de atención y labilidad emocional. Aunque las personas con corea de Sydenham pueden presentar las características no neuropsiquiátricas de la fiebre reumática aguda, como la carditis y la artritis, también pueden presentar síntomas similares a los del trastorno obsesivo-compulsivo; a estas personas se les debe diagnosticar de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado debido a otra afección médica.

Los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios de la infancia asociados a estreptococos del Grupo A (PANDAS) son otros de los trastornos autoinmunitarios posinfecciosos que se caracterizan por la aparición repentina de obsesiones, compulsiones y tics acompañados por diversos síntomas neuropsiquiátricos agudos en ausencia de corea, carditis o artritis después de una infección estreptocócica del Grupo A. Aunque existen toda una serie de pruebas que avalan la existencia de los PANDAS, este diagnóstico sigue siendo controvertido. En vista de esta controversia, aún vigente, la descripción de los PANDAS se ha modificado con el fin de eliminar los factores etiológicos y designar una entidad clínica más amplia: el síndrome neuropsiquiátrico de comienzo agudo en la infancia (PANS) o síntomas neuropsiquiátricos agudos e idiopáticos de la niñez (CANS), merecedora de mayor estudio.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Hay una serie de trastornos orgánicos que pueden ocasionar síntomas obsesivo-compulsivos y similares como parte de sus manifestaciones. Algunos son trastornos que cursan con lesiones del núcleo estriado, como los infartos cerebrales.

Desarrollo y curso

El desarrollo y la evolución del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica general sigue el curso de la enfermedad subyacente.

Marcadores diagnósticos

Se necesitan análisis clínicos y exploraciones médicas para confirmar el diagnóstico de otra afección orgánica.

Diagnóstico diferencial

Delirium. No se establecerá un diagnóstico independiente de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado debido a otra afección médica si la alteración aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. Sin embargo, se podría establecer el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica si, además del diagnóstico del principal trastorno neurocognitivo (demencia), se juzga que la etiología de los síntomas obsesivo-compulsivos podría ser consecuencia fisiológica del proceso patológico que causa la demencia, y si los síntomas obsesivo-compulsivos son una parte importante de la presentación clínica.

Presentación mixta de los síntomas (p. ej., síntomas del estado de ánimo y del trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados). Si la presentación incluye una mezcla de diferentes tipos de síntomas, el trastorno mental específico debido a otra afección médica depende de los síntomas que predominen en el cuadro clínico.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos. Si se evidencia un uso reciente o prolongado de sustancias (incluidos medicamentos o sustancias con efectos psicoactivos), la retirada de una sustancia o la exposición a un tóxico, se debería considerar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos. Cuando se está diagnosticando el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos en relación con las drogas de abuso,

podría ser útil realizar un análisis de orina o sangre, u otra evaluación apropiada de laboratorio. Los síntomas que aparecen durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de sustancias, o después del uso de medicamentos (p. ej., dentro de las 4 semanas siguientes) pueden ser indicativos del trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos, dependiendo del tipo, la duración y la cantidad de la sustancia utilizada.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados (primarios). El trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica debe distinguirse del trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados primarios. En los trastornos mentales primarios no se pueden demostrar los mecanismos fisiológicos causales específicos y directos asociados a una afección médica. La edad avanzada en el momento de la aparición o la presencia de síntomas atípicos sugiere la necesidad de una evaluación exhaustiva para descartar el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por la preocupación por tener o contraer una enfermedad grave. En el caso del trastorno de ansiedad por enfermedad, los individuos pueden o no haber sido diagnosticados de afecciones médicas.

Característica asociada de otro trastorno mental. Los síntomas obsesivo-compulsivos y afines pueden asociarse a otros trastornos mentales (p. ej., la esquizofrenia, la anorexia nerviosa).

Otros trastornos obsesivo-compulsivos especificados y obsesivo-compulsivos no especificados y trastornos relacionados. Se emiten estos diagnósticos si no está claro si los síntomas obsesivo-compulsivos y relacionados son primarios, inducidos por sustancias o debidos a otra afección médica.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados

300.3 (F42)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. La categoría de otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico. Esto se hace registrando "otro trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados especificados" y a continuación el motivo específico (p. ej., "trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales:** Es similar al trastorno dismórfico corporal excepto en que los defectos o imperfecciones en el aspecto físico son claramente observables por otras personas (es decir, se aprecian en grado superior a "ligeros"). En estos casos, la preocupación por estas imperfecciones es claramente excesiva y causa problemas o malestar importante.
2. **Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos:** Presentaciones que cumplen el trastorno dismórfico corporal excepto en que el sujeto no realiza comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por el aspecto.
3. **Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo:** Se caracteriza por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo recurrentes (p. ej., morderse las uñas, morderse los labios, morderse la mucosa de las mejillas) e intentos repetidos de disminuir o abandonar

estos comportamientos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno de movimientos estereotipados o la autolesión no suicida.

4. **Celos obsesivos:** Se caracterizan por la preocupación no delirante acerca de la infidelidad percibida de la pareja. La preocupación puede derivar en comportamientos o actos mentales repetitivos en respuesta a la preocupación por la infidelidad; causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; y no se explican mejor por otro trastorno mental como el trastorno delirante, celotípico o el trastorno de personalidad paranoide.
5. ***Shubo-kyofu:*** Variante de *taijin kyofusho* (véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices), que es similar al trastorno dismórfico corporal y se caracteriza por miedo excesivo a tener una deformidad corporal.
6. ***Koro:*** Relacionado con el síndrome *dhat* (véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices), un episodio súbito de ansiedad intensa de que el pene (o la vulva y los pezones en las mujeres) se retraerá en el cuerpo y posiblemente causará la muerte.
7. ***Jikoshu-kyofu:*** Variante de *taijin kyofusho* (véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en los Apéndices), que se caracteriza por miedo a tener un olor corporal desagradable (también se denomina *síndrome de referencia olfativo*).

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

300.3 (F42)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. La categoría del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

El trauma y los trastornos relacionados con factores de estrés son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece, de manera explícita, como un criterio diagnóstico. Estos trastornos son el trastorno de apego reactivo, el trastorno de relación social desinhibida, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación. La ubicación del presente capítulo refleja la estrecha relación entre estos diagnósticos y los trastornos de los capítulos vecinos que versan sobre los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, y los trastornos disociativos.

El malestar psicológico tras la exposición a un evento traumático o estresante es bastante variable. En algunos casos, los síntomas se pueden entender dentro de un contexto basado en el miedo y la ansiedad. Está comprobado, sin embargo, que muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo que muestra como su característica clínica más importante, en lugar de síntomas fundamentados en el miedo y la ansiedad, síntomas anhedónicos y disfóricos, exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad, o síntomas disociativos. Debido a esta diversidad de expresiones del malestar clínico tras la exposición a sucesos catastróficos o aversivos, los trastornos mencionados anteriormente se han agrupado en una categoría aparte: trauma y trastornos relacionados con factores de estrés. Además, no es infrecuente que el cuadro clínico muestre alguna combinación de los síntomas antes mencionados (con o sin síntomas basados en el miedo o la ansiedad). Esta imagen tan heterogénea se ha reconocido también hace tiempo en los trastornos de adaptación. La negligencia social –es decir, la ausencia de un cuidado adecuado durante la infancia– es un requisito para el diagnóstico de trastorno de apego reactivo y de trastorno de relación social desinhibida. Aunque los dos trastornos comparten una etiología común, el primero se expresa como un trastorno de la internalización de los síntomas depresivos y por comportamientos de retraimiento, mientras que el segundo está marcado por la desinhibición y el comportamiento de externalización.

Trastorno de apego reactivo

Criterios diagnósticos 313.89 (F94.1)

A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:
   1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
   2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:
   1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
   2. Afecto positivo limitado.
   3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
   1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.

<= Ir a la Clasificación

2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).
E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro autista.
F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.
G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de apego reactivo se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Características diagnósticas

El trastorno de apego reactivo de la lactancia o la primera infancia se caracteriza por un patrón de conductas de apego notablemente alterado e inadecuado para el desarrollo, en el que el niño raramente recurre a una figura de apego para su comodidad, apoyo, protección y crianza. La característica esencial es la ausencia de apego o un apego muy poco desarrollado entre el niño y sus presuntos cuidadores adultos. Se piensa que los niños con trastorno de apego reactivo tienen la capacidad de crear apegos selectivos. Sin embargo, dadas las oportunidades limitadas durante el desarrollo temprano, los niños no muestran manifestaciones de apego selectivo. Es decir, cuando tienen problemas, no muestran intentos coherentes de obtener consuelo, apoyo, cuidado o protección de sus cuidadores. Además, cuando se encuentran con dificultades, los niños con este trastorno sólo responden mínimamente a los intentos de sus cuidadores de consolarles. Por lo tanto, el trastorno se caracteriza por la ausencia de búsqueda del consuelo que sería de esperar y por la falta de respuesta a las conductas de consuelo. Los niños con trastorno de apego reactivo muestran una expresión ausente o disminuida de las emociones positivas durante las interacciones rutinarias con sus cuidadores. Además de estar comprometida su capacidad de regulación emocional, muestran episodios de emociones negativas de miedo, tristeza o irritabilidad que no se explican fácilmente. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de apego reactivo en los niños que son incapaces de crear vínculos selectivos en determinadas etapas del desarrollo. Por esta razón, el niño debe tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Debido a su relación etiológica compartida con el abandono social, el trastorno de apego reactivo a menudo concurre con retrasos en el desarrollo, especialmente con retrasos en la cognición y el lenguaje. Otras características asociadas incluyen estereotipias y otros signos de negligencia grave (p. ej., la desnutrición o signos de déficit de atención).

Prevalencia

No se conoce la prevalencia del trastorno de apego reactivo, pero se observa con poca frecuencia en los ambientes clínicos. El trastorno se ha observado en los niños pequeños expuestos a negligencia grave antes de ser alojados en hogares de acogida o en instituciones. Sin embargo, incluso en las poblaciones de niños gravemente descuidados, el trastorno es poco frecuente, y aparece en menos del 10 % de estos niños.

Desarrollo y curso

En los niños con un diagnóstico de trastorno de apego reactivo, a menudo se presentan problemas de negligencia social en los primeros meses de vida, incluso antes de que se diagnostique el trastorno. Las características clínicas de la enfermedad se manifiestan de manera similar en edades comprendidas entre los 9 meses y los 5 años. Es decir, los signos de conductas de apego ausentes o mínimas y de comportamientos emocionales anormales asociados son evidentes en los niños de este rango de edad, aunque difieran en cuanto a las habilidades cognitivas y motoras, lo que puede afectar a la forma de expresar estos comportamientos. Parece ser que sin tratamiento y sin una recuperación en entornos de cuidado normativos, los signos del trastorno podrían persistir, al menos, durante varios años. No está claro si el trastorno de apego reactivo se puede producir en los niños de mayor edad y, de ser así, tampoco se sabe cómo se podría diferenciar su presentación de la de los niños pequeños. Debido a esto, se debería diagnosticar con precaución en los niños mayores de 5 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La negligencia social grave es un requisito para el diagnóstico de trastorno de apego reactivo y también es el único factor de riesgo conocido para el trastorno. Sin embargo, la mayoría de los niños gravemente descuidados no desarrolla la enfermedad. El pronóstico parece depender de la calidad del ambiente de cuidado después de la negligencia grave.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Se han descrito comportamientos de apego similares en los niños pequeños de las diferentes culturas de todo el mundo. Sin embargo, se debe tener precaución al realizar el diagnóstico de trastorno de apego reactivo en las culturas en las que no se ha estudiado el apego.

Consecuencias funcionales del trastorno de apego reactivo

El trastorno de apego reactivo dificulta seriamente la capacidad de los niños pequeños para relacionarse de manera interpersonal con los adultos o con los compañeros y se asocia con un deterioro funcional, a través de múltiples dominios, durante la primera infancia.

Diagnóstico diferencial

Trastorno del espectro autista. Los comportamientos sociales aberrantes no sólo se manifiestan en los niños pequeños con trastorno de apego reactivo, sino que también son la principal característica del trastorno del espectro autista. En concreto, los niños pequeños de ambas afecciones pueden manifestar una expresión inhibida de las emociones positivas, retrasos cognitivos y del lenguaje, y alteraciones en la reciprocidad social. Por ello, sería necesario diferenciar el trastorno de apego reactivo del trastorno del espectro autista. Estos dos trastornos se pueden distinguir basándose en las diferentes historias de abandono y por la presencia de intereses restringidos o comportamientos ritualizados, un déficit específico en la comunicación social y comportamientos de apego selectivos. Los niños con trastorno de apego reactivo han experimentado una historia de abandono social grave, aunque no siempre es posible obtener historias detalladas sobre la naturaleza precisa de sus experiencias, sobre todo en las evaluaciones iniciales. No es común que los niños con trastorno del espectro autista tengan una historia de abandono social. Los intereses restringidos y los comportamientos repetitivos, característicos del trastorno del espectro autista, no son una particularidad del trastorno de apego reactivo. Estas características clínicas manifiestan una fijación excesiva a rituales y rutinas, con intereses restringidos, obsesivos y reacciones sensoriales inusuales. Sin embargo, es importante destacar que los niños con cualquiera de las dos afecciones pueden exhibir comportamientos estereotipados, tales como mecerse o moverse. Los niños con cualquiera de ambos trastornos también pueden mostrar una variedad de funcionamiento intelectual, pero sólo los niños con trastorno del

espectro autista muestran alteraciones selectivas en los comportamientos sociales de comunicación, tales como la comunicación intencional (p. ej., dificultades en la comunicación deliberada, dirigida a una meta y con objeto de influir en el comportamiento del destinatario). Los niños con trastorno de apego reactivo muestran un funcionamiento de comunicación social comparable a su nivel general de funcionamiento intelectual. Por último, los niños con trastorno del espectro autista normalmente muestran una conducta de apego que es característica de su nivel de desarrollo. Por el contrario, los niños con trastorno de apego reactivo lo hacen de una manera rara o inconsecuente.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual). Los retrasos del desarrollo a menudo acompañan al trastorno de apego reactivo, pero no deben confundirse con el propio trastorno. Los niños con discapacidad intelectual deben exhibir las habilidades sociales y emocionales comparables a sus habilidades cognitivas, y no muestran la profunda reducción del afecto positivo ni las dificultades de regulación emocional evidentes en los niños con trastorno de apego reactivo. Además, los niños con retrasos de desarrollo, que han alcanzado una edad cognitiva de 7-9 meses, deben demostrar apegos selectivos independientemente de su edad cronológica. Por el contrario, los niños con trastorno de apego reactivo muestran una falta de apegos preferentes a pesar de haber alcanzado una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses.

Trastornos depresivos. La depresión en los niños pequeños también se asocia con una disminución del afecto positivo. Sin embargo, son pocos los datos científicos que sugieren que los niños con trastornos de depresión tienen dificultades en el apego. Así pues, los niños que han sido diagnosticados de trastornos depresivos todavía deberían buscar y responder a los intentos de consuelo por parte de sus cuidadores.

Comorbilidad

A menudo pueden aparecer afecciones asociadas con el abandono conjuntamente con el trastorno de vinculación reactiva, entre las que están los retrasos cognitivos, los retrasos del lenguaje y las estereotipias. Algunas afecciones médicas, tales como la desnutrición severa, pueden acompañar a los signos de la enfermedad. Los síntomas depresivos también pueden coexistir con el trastorno de apego reactivo.

Trastorno de relación social desinhibida

Criterios diagnósticos 313.89 (F94.2)

A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:
   1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interaccionar con adultos extraños.
   2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
   3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
   4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad), pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:
   1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
   2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
   3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).
E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de relación social desinhibida se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de relación social desinhibida es un patrón de comportamiento que implica un comportamiento culturalmente inapropiado, demasiado familiar con personas relativamente extrañas (Criterio A). Este comportamiento demasiado familiar traspasa los límites sociales de la cultura. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de relación social desinhibida antes de que los niños sean capaces de crear vínculos selectivos según su desarrollo. Por esta razón, el niño debería tener una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno de relación social desinhibida puede coexistir con retrasos del desarrollo, sobre todo con retrasos cognitivos y del lenguaje, estereotipias, y con otras señales de negligencia grave, como desnutrición o cuidados deficientes. Sin embargo, los signos de este trastorno a menudo persisten incluso después de que ya no existan estos otros signos de abandono. Por lo tanto, no es raro que los niños con este trastorno no muestren signos de abandono recientes. Por otra parte, la afección se puede presentar en niños que no muestran signos de alteraciones del apego. Por lo tanto, el trastorno de relación social desinhibida se puede ver en los niños con antecedentes de abandono que carecen del apego normal o que mantienen un apego con sus cuidadores que puede oscilar entre seguro y alterado.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de relación social desinhibida es desconocida. Sin embargo, el trastorno parece ser poco frecuente, y ocurre en una minoría de los niños, incluso entre los que han sido abandonados y posteriormente acomodados en hogares de acogida o que se han criado en instituciones. En tales poblaciones de alto riesgo, esta afección sólo aparece en alrededor del 20 % de los niños. La afección se observa rara vez en otros contextos clínicos.

Desarrollo y curso

Los niños con un diagnóstico de trastorno de relación social desinhibida a menudo presentan problemas de negligencia social en los primeros meses de vida, incluso antes de diagnosticarse el trastorno. Sin embargo, no hay pruebas de que el abandono después de la edad de 2 años se asocie con manifestaciones del trastorno. Si se produce un abandono temprano y aparecen los signos del trastorno, las características clínicas de éstos serán moderadamente estables en el tiempo, particularmente si persisten las condiciones de abandono. El comportamiento social desinhibido y la falta de reserva para acercarse a los adultos extraños en la niñez temprana se acompañan de conductas de búsqueda de atención en los niños en la edad preescolar. Cuando el trastorno persiste en la infancia media, los rasgos clínicos se manifiestan como una excesiva familiaridad verbal y física y una expresión no genuina de las emociones. Estos signos parecen ser especialmente evidentes cuando el niño interactúa con los adultos. Las relaciones entre compañeros se afectan sobre todo en la adolescencia, cuando se hacen evidentes el comportamiento desinhibido y los conflictos. El trastorno no se ha descrito en los adultos.

Se ha reseñado que el trastorno de relación social desinhibida puede aparecer en los niños desde el segundo año de vida hasta la adolescencia. Existen algunas diferencias en las manifestaciones de la enfermedad entre la primera infancia y la adolescencia. En muchas culturas, los niños suelen mostrar reservas para interactuar con los desconocidos a edades tempranas. Los niños pequeños con el trastorno no suelen mostrar reticencia a acercarse, a interactuar e incluso a acompañar a los adultos. En los niños preescolares, parece destacar más la intromisión verbal y social, que a menudo se acompañada de comportamientos de búsqueda de atención. La familiaridad excesiva verbal y física permanece durante toda la infancia media, acompañada de expresiones no genuinas de emoción. En la adolescencia, el comportamiento desinhibido se extiende a los compañeros. En relación con los adolescentes sanos, los adolescentes con el trastorno tienen relaciones con los compañeros más "superficiales" y más conflictos entre iguales. Se desconocen las manifestaciones adultas de la enfermedad.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La negligencia social grave es un requisito diagnóstico para el trastorno de relación social desinhibida y también es el único factor de riesgo conocido para dicho trastorno. Sin embargo, la mayoría de los niños con abandono grave no desarrolla la enfermedad. La vulnerabilidad neurobiológica podría diferenciar entre los niños abandonados que desarrollan la enfermedad y los que no la desarrollan. Sin embargo, no hay un vínculo claramente establecido con ningún factor neurobiológico específico. El trastorno no se ha identificado en los niños que sólo sufren abandono social después de los 2 años de edad. Parece que el pronóstico sólo se asocia modestamente con la calidad del entorno de cuidado posterior al abandono. En muchos casos, el trastorno persiste, incluso en los niños cuyo entorno de cuidado posterior mejora notablemente.

Modificadores del curso. La calidad del cuidado parece moderar el curso del trastorno de relación social desinhibida. Sin embargo, incluso después de ubicarlos en un ambiente normal de cuidados, algunos niños siguen mostrando signos persistentes de enfermedad, por lo menos, hasta la adolescencia.

Consecuencias funcionales del trastorno de relación social desinhibida

El trastorno de relación social desinhibida dificulta seriamente la capacidad de los niños pequeños para relacionarse de forma interpersonal con los adultos y los compañeros.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Debido a la impulsividad social que a veces acompaña el trastorno por déficit atención/hiperactividad, sería necesario diferenciar los dos trastornos. Los niños con trastorno de relación social desinhibida se pueden distinguir de las personas con TDAH en que no muestran hiperactividad o dificultades en la atención.

Comorbilidad

Las investigaciones que han examinado la existencia de trastornos comórbidos con el trastorno de relación social desinhibida son limitadas. Las afecciones asociadas con el abandono, entre las que están los retrasos cognitivos, los retrasos en el lenguaje y la estereotipias, pueden coexistir con el trastorno de relación social desinhibida. Además, los niños pueden ser diagnosticados de TDAH y de trastorno de relación social desinhibida simultáneamente.

Trastorno de estrés postraumático

Criterios diagnósticos 309.81 (F43.10)

Trastorno de estrés postraumático

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante).

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

   Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

   Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

   Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

   Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de estrés postraumático en niños menores de 6 años

A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros, especialmente a los cuidadores primarios.

Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

   Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustiosos y se pueden expresar como recreación en el juego.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

   Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso(s) traumático(s).

C. Ha de estar presente uno (o más) de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s):

Evitación persistente de los estímulos

1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s).

Alteración cognitiva

3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos (p. ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión).
4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego.
5. Comportamiento socialmente retraído.
6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso (s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos (incluidas pataletas extremas).
2. Hipervigilancia.
3. Respuesta de sobresalto exagerada.
4. Problemas con concentración.
5. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.
G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Las reacciones emocionales al evento traumático (p. ej., el miedo, la impotencia, el horror) ya no forman parte del Criterio A. La presentación clínica del TEPT varía. En algunos individuos se basa en la reexperimentación del miedo, y pueden predominar los síntomas emocionales y de comportamiento. En otros serían más angustiosos la anhedonia o los estados de ánimo disfóricos y las cogniciones negativas. En otros individuos sobresalen la excitación y la externalización de los síntomas reactivos, mientras que en otros predominan los síntomas disociativos. Por último, algunos individuos presentan combinaciones de estos patrones de síntomas.

Los eventos traumáticos experimentados directamente en el Criterio A son, aunque no se limitan a éstos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto físico real (p. ej., la agresión física, el robo, el atraco, el abuso físico en la infancia), las amenazas o el abuso sexual real (p. ej., la penetración sexual forzada, la penetración sexual facilitada por drogas o alcohol, el contacto sexual abusivo, el abuso sexual sin contacto, el tráfico sexual), ser secuestrado o tomado como rehén, los ataques terroristas, la tortura, el encarcelamiento como prisionero de guerra, los desastres naturales o humanos y los accidentes de tráfico graves. Para los niños, un evento de violencia sexual podría ser una experiencia sexual inapropiada para su etapa del desarrollo, sin violencia o lesiones físicas. No se considerarían eventos necesariamente traumáticos las afecciones médicas potencialmente mortales o las enfermedades debilitantes. Los incidentes médicos, que se califican como sucesos traumáticos, implicarían eventos trágicos repentinos (p. ej., despertarse durante una cirugía, un *shock* anafiláctico). Los acontecimientos presenciados son, aunque no se limitan a ellos, la observación de lesiones o de amenazas serias, la muerte de causa no natural, el asalto físico o sexual a otra persona mediante un ataque violento, la violencia doméstica, los accidentes, las guerras o los desastres, o la visión de sucesos médicos catastróficos que afecten al propio hijo (p. ej., una hemorragia con peligro vital). La exposición indirecta a un suceso a través del aprendizaje se limita a las experiencias que afectan a los parientes cercanos o a los amigos, y a las experiencias que son violentas o accidentales (p. ej., la muerte por causas naturales no se incluye). Tales

sucesos son el asalto violento a una persona, el suicidio, los accidentes graves y las lesiones graves. El trastorno puede ser especialmente grave o de larga duración cuando el agente estresante es interpersonal e intencional (p. ej., la tortura sexual, la violencia).

El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos intrusivos del evento de forma recurrente e involuntaria (Criterio B1). Los recuerdos intrusivos del TEPT se distinguen de la rumiación depresiva en que sólo se refieren a los recuerdos angustiantes involuntarios e intrusivos. El énfasis está en la memoria recurrente del evento, que suele tener componentes de tipo sensorial, emocional o fisiológico. Un síntoma común es la reexperimentación de sueños angustiantes que repiten el evento en sí o que son representativos o están temáticamente relacionados con los principales peligros que acompañaban al evento traumático (Criterio B2). El individuo puede experimentar estados disociativos que duren desde unos segundos hasta varias horas o incluso días, durante los cuales se reviven los componentes del evento y el individuo se comporta como si el suceso estuviera ocurriendo en ese momento (Criterio B3). Tales eventos aparecen en un continuo que abarca desde intrusiones breves sensoriales visuales o de otro tipo sobre una parte del evento traumático sin perder la orientación a la realidad, hasta una pérdida completa de la conciencia del entorno real. Estos episodios, a menudo referidos como memorias retrospectivas (*flashbacks*), son típicamente breves pero pueden estar asociados a una angustia prolongada y a una gran activación. En los niños pequeños, la reconstrucción de los acontecimientos relacionados con el trauma puede aparecer en el juego o en los estados disociativos. Cuando el individuo está expuesto a eventos de activación que puedan parecerse o simbolizar aspectos del acontecimiento traumático (p. ej., días de viento después de un huracán, ver a alguien que se parece a un agresor), se produce un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o una reactividad fisiológica (Criterio B5). La señal de activación podría ser una sensación física (p. ej., los mareos en las personas que han sufrido un traumatismo en la cabeza, los latidos rápidos cardíacos en un niño que ha sufrido un trauma previo), en particular en las personas que sufren presentaciones somáticas.

Los estímulos asociados al trauma se evitan de un modo persistente (p. ej., siempre o casi siempre). Habitualmente, el individuo hace esfuerzos deliberados por evitar los pensamientos, los recuerdos, los sentimientos, o no quiere hablar sobre el evento traumático (p. ej., utilizando técnicas de distracción para evitar los recuerdos internos) (Criterio C1) y para evitar las actividades, objetos, situaciones o personas que le despiertan los recuerdos (Criterio C2).

Las alteraciones en las cogniciones negativas o en los estados de ánimo asociados con el evento comienzan o empeoran después de la exposición al mismo. Estas alteraciones negativas pueden presentarse de diversas formas, como la incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático; tal olvido se debe típicamente a la amnesia disociativa y no a un traumatismo en la cabeza, al alcohol o a las drogas (Criterio D1). Otra forma son las expectativas negativas persistentes (p. ej., siempre o casi siempre) sobre aspectos importantes de la vida, que se aplican a uno mismo, a los demás y al futuro (p. ej., "siempre he tomado una mala decisión", "no se puede confiar en las autoridades"), que pueden manifestarse como un cambio negativo en la identidad percibida desde el trauma (p. ej., "no puedo confiar en nadie nunca más"; Criterio D2). Los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden tener cogniciones erróneas persistentes sobre las causas de la situación traumática, que les llevan a culparse a sí mismos o a los demás (p. ej., "fue mi culpa que mi tío abusase de mí") (Criterio D3). Aparece un estado de ánimo persistentemente negativo (p. ej., miedo, horror, ira, culpa, vergüenza) que se inicia o bien empeora después de la exposición al evento (Criterio D4). El individuo puede experimentar un interés y una participación marcadamente disminuidos en las actividades que antes disfrutaba (Criterio D5), una sensación de aislamiento o de alejamiento de las demás personas (Criterio D6), o una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (sobre todo felicidad, alegría, satisfacción, o emociones asociadas con la intimidad, la ternura y la sexualidad) (Criterio D7).

Los individuos con trastorno de estrés postraumático pueden estar irascibles e incluso pueden emplear conductas agresivas verbales y/o físicas con poca o ninguna provocación (p. ej., gritar a la gente, entablar peleas, romper objetos) (Criterio E1). También pueden participar en conductas temerarias o autodestructivas, como una conducción peligrosa, un consumo excesivo de alcohol o de drogas, infligirse autolesiones o tener un comportamiento suicida (Criterio E2). El trastorno de estrés postraumático a menudo se caracteriza por una elevada sensibilidad a las amenazas potenciales, entre las que están aquellas que se relacionan con la experiencia traumática (p. ej., son especialmente sensibles a la amenaza potencial que puedan

suponer los coches o los camiones a raíz de un accidente de vehículo a motor), y a las amenazas que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., tener miedo de sufrir un ataque al corazón) (Criterio E3). Las personas con trastorno de estrés postraumático pueden ser muy reactivas a los estímulos inesperados, y mostrar una mayor respuesta de sobresalto o de nerviosismo a los ruidos fuertes o a los movimientos inesperados (p. ej., sobresaltarse notablemente en respuesta a un timbre de teléfono) (Criterio E4).

Continuamente informan de dificultades de concentración, entre las que están la dificultad para recordar los hechos cotidianos (p. ej., olvidando el propio número de teléfono) o los problemas para prestar atención a las tareas específicas (p. ej., seguir una conversación durante un período sostenido de tiempo) (Criterio E5). También son comunes los problemas para conciliar y mantener el sueño que pueden estar asociados con pesadillas y con preocupaciones sobre la seguridad, o podría haber una excitación generalizada elevada que interfiriera con el sueño adecuado (Criterio E6). Algunos individuos también experimentan síntomas disociativos persistentes de separación de sus cuerpos (despersonalización) o del mundo que les rodea (desrealización); esto se refleja en el especificador "con síntomas disociativos".

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se puede producir una regresión en el desarrollo, como la pérdida de lenguaje en los niños pequeños, y pueden aparecer pseudoalucinaciones auditivas, tales como experiencias sensoriales auditivas de los propios pensamientos en forma de una o más voces diferentes que hablan, así como ideación paranoide. A raíz de unos sucesos traumáticos prolongados, reiterados y graves (p. ej., el abuso infantil, la tortura), el individuo puede experimentar además problemas para regular las emociones o para mantener unas relaciones interpersonales estables, o síntomas disociativos. Cuando el evento traumático ocasiona una muerte violenta, se pueden presentar síntomas tanto de duelo complicado como de trastorno de estrés postraumático.

Prevalencia

En Estados Unidos, el riesgo vital para el TEPT, utilizando los criterios DSM-IV, a la edad de 75 años es del 8,7 %. La prevalencia anual entre los adultos de Estados Unidos es de aproximadamente el 3,5 %. Se observan estimaciones más bajas en Europa y la mayor parte de Asia, África y en los países de América Latina, agrupándose en torno al 0,5 -1,0 %. Aunque los distintos grupos muestran diferentes niveles de exposición a los eventos traumáticos, la probabilidad condicional para un trastorno de estrés postraumático podría variar también entre los diferentes grupos culturales cuando desarrollan un nivel similar de exposición. Los índices de trastorno de estrés postraumático son más altos entre los veteranos y otras personas cuya profesión tiene un riesgo de exposición traumática elevado (p. ej., la policía, los bomberos, el personal médico de emergencia). Las tasas más altas (que van desde un tercio a más de la mitad de las personas expuestas) se encuentran entre los supervivientes de violación, combate militar, cautiverio e internamiento y genocidio por causas políticas o étnicas. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático puede variar a lo largo del desarrollo. Los niños y los adolescentes, incluidos los niños en edad preescolar, generalmente muestran una prevalencia menor después de una exposición a eventos traumáticos graves; sin embargo, esto puede deberse a que los criterios anteriores no están suficientemente informados según el desarrollo. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático de clínica completa también parece ser menor entre las personas mayores en comparación con la población general. Hay evidencia de que las presentaciones subliminares del TEPT son más frecuentes en la edad adulta que las expresiones completas, y que estos síntomas se asocian a un deterioro clínico sustancial. En comparación con los blancos no latinos de Estados Unidos, se han comunicado mayores tasas de trastorno de estrés postraumático entre los latinos de Estados Unidos, los afroamericanos y los indios americanos, y de tasas más bajas entre los estadounidenses de origen asiático, después de ajustar por la exposición traumática y las variables demográficas.

Desarrollo y curso

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad, empezando a partir del primer año de vida. Los síntomas generalmente comienzan dentro de los primeros 3 meses después del trauma, aunque puede haber un retraso de meses, o incluso de años, antes de que se cumplan los criterios para el diagnóstico. Existen abundantes datos científicos que apoyan lo que el DSM-IV ha llamado "inicio retardado", pero que ahora se llama "expresión retrasada", reconociendo que algunos de los síntomas aparecen, por lo general, de forma inmediata y que la demora se produce en la recopilación de los criterios completos.

Con frecuencia, la reacción de un individuo a un trauma inicialmente cumple con los criterios para el trastorno de estrés agudo en el período inmediatamente posterior al trauma. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático y el predominio relativo de los diferentes síntomas pueden variar con el tiempo. La duración de los síntomas también varía, con una recuperación completa a los 3 meses en aproximadamente la mitad de los adultos, mientras que otras personas permanecen sintomáticas durante más de 12 meses y a veces durante más de 50 años. Puede aparecer una recurrencia y una intensificación de los síntomas en respuesta a los recuerdos del trauma original, a los estresores vitales o a los nuevos acontecimientos traumáticos experimentados. En las personas mayores, el deterioro de la salud, el empeoramiento de la función cognitiva y el aislamiento social puede exacerbar los síntomas de TEPT.

La expresión clínica de la reexperimentación puede variar en las distintas etapas del desarrollo. Los niños pequeños pueden comunicar la aparición de nuevos sueños aterradores sin un contenido específico del evento traumático. Antes de la edad de 6 años (véanse los criterios para el subtipo de los preescolares), los niños pequeños son más propensos a reexperimentar los síntomas a través del juego y se refieren directa o simbólicamente al trauma. Pueden no manifestar reacciones de miedo en el momento de la exposición o durante la reexperimentación. Los padres pueden comunicar una amplia variedad de cambios emocionales o de comportamiento en los niños pequeños. Los niños pueden centrarse en las intervenciones imaginarias de su juego o en la narración de las historias. Además de las evitaciones, los niños pueden llegar a preocuparse por los recuerdos. Debido a las limitaciones de los niños pequeños para expresar los pensamientos o para clasificar las emociones, las alteraciones negativas del estado de ánimo o de la cognición tienden a manifestarse principalmente como cambios de humor. Los niños pueden experimentar traumas repetitivos (p. ej., el abuso físico, ser testigos de violencia doméstica) y, en circunstancias crónicas, pueden no ser capaces de identificar el inicio de la sintomatología. En los niños pequeños, la conducta evasiva se puede asociar a restricciones del juego o las conductas exploratorias; en los niños de edad escolar, con una participación reducida en las actividades nuevas, y en los adolescentes, con resistencia a buscar oportunidades de desarrollo (p. ej., citas, conducción). Los niños y los adolescentes pueden juzgarse a sí mismos como cobardes. Los adolescentes pueden creer que se están volviendo socialmente indeseables y se alejan de sus compañeros (p. ej., "ahora nunca voy a encajar") y pierden sus aspiraciones de futuro. El comportamiento irritable o agresivo en los niños y los adolescentes puede interferir en las relaciones entre compañeros y en el comportamiento escolar. Un comportamiento imprudente puede ocasionar lesiones accidentales a sí mismo o a los demás, la búsqueda de emociones fuertes o conductas de alto riesgo. Los individuos que continúan experimentando TEPT a edades mayores pueden expresar menos síntomas de hiperexcitación, de evitación, de cogniciones y de estado de ánimo negativo en comparación con los adultos más jóvenes con trastorno de estrés postraumático, aunque los adultos expuestos a eventos traumáticos en etapas posteriores de la vida pueden mostrar más evasión, hiperexcitación, problemas de sueño y ataques de llanto, que no se producen entre los adultos más jóvenes expuestos a los mismos eventos traumáticos. En las personas mayores, el trastorno se asocia a una percepción negativa de la salud, a la utilización de la atención primaria y a la ideación suicida.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo (y protección) se dividen generalmente en factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

Factores pretraumáticos

Temperamentales. Son los problemas emocionales de la infancia en torno a la edad de 6 años (p. ej., antes de la exposición traumática, problemas de ansiedad o de externalización) y los trastornos mentales previos (p. ej., el trastorno de pánico, el trastorno depresivo, el trastorno de estrés postraumático o el trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]).

Ambientales. Son un bajo nivel socioeconómico, una educación escasa, la exposición a un trauma previo (especialmente durante la niñez), la adversidad en la niñez (p. ej., necesidades económicas, disfunción familiar, la separación de los padres o la muerte), las características culturales (p. ej., estrategias de afrontamiento fatalistas o de autoculpa), una deficiencia de inteligencia, una condición racial/étnica minoritaria y una historia psiquiátrica familiar. El apoyo social antes de la exposición al suceso es protector.

Genéticos y fisiológicos. Son el sexo femenino y una edad más joven en el momento de la exposición al trauma (para los adultos). Ciertos genotipos pueden ser protectores o de riesgo para el trastorno de estrés postraumático después de la exposición a sucesos traumáticos.

Factores peritraumáticos

Ambientales. Son la gravedad (dosis) del trauma (cuanto mayor es la magnitud de trauma, mayor es la probabilidad de TEPT), el peligro vital percibido, las lesiones personales, la violencia interpersonal (especialmente el trauma perpetrado por un cuidador o al presenciar cómo se amenaza a un cuidador de los niños) y, para el personal militar, ser autor o testigo de atrocidades, o matar al enemigo. Finalmente, es un factor de riesgo la disociación que se produce durante el trauma que persiste después.

Factores postraumáticos

Temperamentales. Son las evaluaciones negativas, las estrategias de afrontamiento inadecuadas y el desarrollo de un trastorno de estrés agudo.

Ambientales. Son la posterior exposición a recuerdos molestos repetitivos, a acontecimientos adversos posteriores y a pérdidas relacionadas con traumas financieros o de otra índole. El apoyo social (incluyendo la estabilidad familiar para los niños) es un factor protector que modera el resultado después de un trauma.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El riesgo de aparición y la gravedad del TEPT pueden cambiar de unos grupos culturales a otros como consecuencia de las variaciones en el tipo de exposición traumática (p. ej., el genocidio), del impacto de la severidad del trastorno en cuanto al significado atribuido al evento traumático (p. ej., la incapacidad para llevar a cabo los ritos funerarios después un asesinato en masa), del contexto sociocultural en curso (p. ej., residir cerca de los perpetradores impunes en circunstancias posteriores a los conflictos) y de otros factores culturales (p. ej., el estrés de aculturación entre los inmigrantes). El riesgo relativo del trastorno de estrés postraumático en función de las exposiciones particulares (p. ej., la persecución religiosa) puede variar entre los distintos grupos culturales. La expresión clínica de los síntomas o de los grupos de síntomas del TEPT pueden variar culturalmente, en particular con respecto a la evitación y los síntomas de entumecimiento, los sueños angustiosos y los síntomas somáticos (p. ej., los mareos, la falta de respiración, la sensación de calor).

Los síndromes culturales y las expresiones idiomáticas de angustia influyen en la expresión del trastorno de estrés postraumático y en la variación de los trastornos comórbidos en las diferentes culturas, proporcionando modelos conductuales y cognitivos que enlazan exposiciones traumáticas con síntomas específicos. Por ejemplo, los síntomas del ataque de pánico pueden ser sobresalientes en el TEPT entre los camboyanos y los latinoamericanos, debido a la asociación de la exposición traumática con los ataques similares al pánico, como el ataque *khyâl* y el *ataque de nervios*. La evaluación completa de las expresiones del TEPT en cada zona debe incluir una valoración de la diversidad cultural de los conceptos de peligro (véase el capítulo "Formulación Cultural" en la Sección III).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El TEPT es más frecuente entre las mujeres que entre los varones durante toda la vida. En la población general, las mujeres presentan una mayor duración del TEPT en comparación con los varones. Al menos parte del aumento del riesgo de TEPT en las mujeres parece ser atribuible a una mayor probabilidad de exposición a eventos traumáticos, como la violación y otras formas de violencia interpersonal. En las poblaciones expuestas específicamente a estos tipos de estrés, las diferencias de género para el riesgo del trastorno de estrés postraumático están atenuadas o no son significativas.

Riesgo de suicidio

Los eventos traumáticos como el abuso infantil aumentan el riesgo de suicidio de una persona. El trastorno de estrés postraumático se asocia con ideación suicida e intentos de suicidio, y la presencia de la enfermedad podría indicar que estas personas con ideación finalmente van a acabar haciendo un plan de suicidio o, de hecho, van a intentar suicidarse.

Consecuencias funcionales del trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, así como con costes económicos considerables y altos niveles de utilización de los servicios médicos. El

deterioro del funcionamiento se exhibe a través de los dominios sociales, interpersonales, del desarrollo, educacionales, de salud física y ocupacionales. En muestras de la comunidad y de veteranos, el TEPT se asocia con relaciones sociales y familiares pobres, con absentismo laboral, menores ingresos, y con un menor nivel educativo y de éxito en el trabajo.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad, y no sólo de la requerida para el trastorno de estrés postraumático (Criterio A). El diagnóstico de un trastorno de adaptación se utiliza cuando la respuesta a un factor estresante, que cumpla con el Criterio A del TEPT, no cumple todos los demás criterios de TEPT (o criterios para otro trastorno mental). También se diagnostica trastorno de adaptación cuando el patrón de síntomas del trastorno de estrés postraumático se produce como respuesta a un factor de estrés que no cumple con el Criterio A del TEPT (p. ej., el abandono por parte del cónyuge, ser despedido).

Otros trastornos y afecciones postraumáticas. No toda la psicopatología que se produce en los individuos expuestos a un factor de estrés extremo necesariamente debe atribuirse al TEPT. El diagnóstico requiere que la exposición al trauma preceda a la aparición o a la exacerbación de los síntomas pertinentes. Por otra parte, si el patrón sintomatológico de respuesta al factor estresante extremo cumple con los criterios para otro trastorno mental, se deberían aplicar estos diagnósticos en lugar o además del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Se pueden excluir otros diagnósticos y afecciones cuando los síntomas se explican mejor por un trastorno de estrés postraumático (p. ej., los síntomas de trastorno de pánico que suceden sólo después de la exposición a los recuerdos traumáticos). Si los patrones de respuesta a los estresantes extremos fueran muy graves, se podría justificar un diagnóstico separado (p. ej., amnesia disociativa).

Trastorno de estrés agudo. El trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno de estrés postraumático debido a que el patrón de los síntomas en el trastorno de estrés agudo se limita a una duración de entre 3 días y 1 mes después de la exposición al evento traumático.

Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. En el TOC hay pensamientos intrusivos recurrentes, pero éstos cumplen la definición de obsesión. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, suelen existir compulsiones, y suelen estar ausentes los otros síntomas del trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo. Ni la excitación y los síntomas disociativos del trastorno de pánico, ni la evitación, la irritabilidad y la ansiedad del trastorno de ansiedad generalizada se asocian con un evento traumático específico. Los síntomas del trastorno de ansiedad de separación están claramente relacionados con la separación del hogar o de la familia, en lugar de con un evento traumático.

Trastorno depresivo mayor. La depresión mayor puede o no estar precedida de un evento traumático y se debería diagnosticar si no existen otros síntomas de TEPT. En concreto, los principales trastornos depresivos no tienen ningún síntoma de los criterios B o C del TEPT. Tampoco tienen una serie de síntomas de los Criterios D o E del trastorno de estrés postraumático.

Trastornos de la personalidad. La dificultades interpersonales que tuvieron su inicio o que se exacervaron considerablemente después de la exposición a un evento traumático indicarían un trastorno de estrés postraumático, en lugar de un trastorno de la personalidad, en el que se considera que tales dificultades son independientes de la exposición traumática.

Trastornos disociativos. La amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno de despersonalización-desrealización pueden o no estar precedidos por la exposición a un evento traumático o pueden o no producir conjuntamente los síntomas de TEPT. Cuando se manifiestan los criterios del TEPT completo, se debería considerar el trastorno de estrés postraumático subtipo "con síntomas disociativos".

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Una aparición de síntomas somáticos en el contexto de una angustia postraumática podría ser un indicio de trastorno de estrés postraumático en lugar de un trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales).

Trastornos psicóticos. Las memorias retrospectivas *(flashbacks)* en el TEPT se deben distinguir de las ilusiones, alucinaciones y de otros trastornos de la percepción que pueden aparecer en la esquizofrenia, el trastorno psicótico breve y en otros trastornos psicóticos, en los trastornos depresivos y

bipolares con características psicóticas, en el delirium, en los trastornos inducidos por sustancias/ medicamentos, y en los trastornos psicóticos debidos a otra afección médica.

Lesión cerebral traumática. Cuando se produce una lesión cerebral en el contexto de un evento traumático (p. ej., un accidente traumático, la explosión de una bomba, un trauma de aceleración/deceleración), pueden aparecer los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Un traumatismo craneal también puede constituir un acontecimiento traumático psicológico, y los síntomas neurocognitivos relacionados con la lesión cerebral traumática no son mutuamente excluyentes y pueden aparecer al mismo tiempo. Los anteriormente denominados síntomas posteriores a una conmoción (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración) pueden aparecer en los individuos con daños cerebrales, pero también pueden hacerlo en aquellos que no presentan lesiones cerebrales, incluidas las personas con trastorno de estrés postraumático. Debido a que los síntomas del trastorno de estrés postraumático y los síntomas neurocognitivos relacionados con las lesiones cerebrales traumáticas pueden superponerse, es posible que se tenga que realizar un diagnóstico diferencial, entre el TEPT y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la lesión cerebral traumática, basándose en la presencia de los síntomas, que son característicos de cada presentación. Así, la reexperimentación y la evitación son característicos del TEPT y no de la lesión cerebral traumática, y la desorientación persistente y la confusión son más específicos de la lesión cerebral traumática que del trastorno de estrés postraumático.

Comorbilidad

Los individuos con trastorno de estrés postraumático son un 80 % más propensos a presentar síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para, al menos, otro trastorno mental (p. ej., depresión, trastorno bipolar, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias) que aquellos sin trastorno de estrés postraumático. Los trastornos por uso de sustancias comórbidos y los trastornos de conducta son más comunes entre los varones que entre las mujeres. Entre el personal militar de Estados Unidos y los veteranos de guerra de las últimas guerras en Afganistán e Iraq, la incidencia conjunta de TEPT y de lesión cerebral traumática leve es de un 48 %. Aunque la mayoría de los niños pequeños con trastorno de estrés postraumático también tiene al menos otro diagnóstico, los patrones de comorbilidad son diferentes de los que tienen los adultos, con un predominio del trastorno negativista desafiante y del trastorno de ansiedad de separación. Por último, existe una considerable comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y un trastorno neurocognitivo importante, y algunos de los síntomas se solapan en estos trastornos.

Trastorno de estrés agudo

Criterios diagnósticos 308.3 (F43.0)

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
   1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
   2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
   3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. **Nota:** En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
   4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

   Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de la cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s):

   Síntomas de intrusión

   1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). **Nota:** En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s). **Nota:** En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) **Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en repuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas con la concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

   Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de estrés agudo es el desarrollo de síntomas característicos con una duración de 3 días a 1 mes tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Los eventos traumáticos que se experimentan directamente son, aunque no se limitan éstos, la exposición a la guerra como combatiente o civil, la amenaza o el asalto violento personal (p. ej., la violencia sexual, la agre-

sión física, el combate activo, el atraco, la violencia física y/o sexual en la infancia, ser secuestrado, ser tomado como rehén, el ataque terrorista, la tortura), los desastres humanos o naturales (p. ej., los terremotos, los huracanes, los accidentes de avión) y los accidentes graves (p. ej., un accidente grave de vehículo a motor, un accidente de trabajo). Para los niños, los eventos traumáticos sexuales pueden ser experiencias sexuales inapropiadas sin violencia o lesiones. Una enfermedad potencialmente mortal o una afección médica debilitante no se considerarían necesariamente eventos traumáticos. Los incidentes médicos que se califican como eventos traumáticos implicarían eventos catastróficos repentinos (p. ej., despertarse durante la cirugía, un *shock* anafiláctico). Los eventos estresantes, que no poseen los componentes graves y traumáticos de los eventos comprendidos en el Criterio A, pueden conducir a un trastorno adaptativo, pero no a un trastorno de estrés agudo.

La presentación clínica del trastorno de estrés agudo puede variar según la persona, pero normalmente implica una respuesta de ansiedad que incluye alguna forma de revivir el suceso traumático o de reactividad al evento traumático. En algunos individuos puede predominar una presentación disociativa o separada, aunque estas personas suelen también mostrar una fuerte reactividad emocional o fisiológica en respuesta a los recuerdos del trauma. En otros individuos puede haber una intensa respuesta de ira en la que la reactividad se caracteriza por irritabilidad o por respuestas posiblemente agresivas. El cuadro completo de síntomas se debe presentar durante al menos los 3 días posteriores al evento traumático y sólo se puede diagnosticar hasta 1 mes después del evento. Los síntomas que se producen inmediatamente después de los hechos, pero cuya resolución se produce antes de los 3 días, no cumplen los criterios de trastorno de estrés agudo.

Los acontecimientos presenciados son, aunque no se limitan a éstos, la observación de amenazas o lesiones graves, la muerte no natural, la violencia física o sexual infligida a otro individuo, la violencia doméstica grave, un accidente grave, y la guerra y los desastres. También se incluye presenciar un acontecimiento médico catastrófico (p. ej., una hemorragia potencialmente mortal en el propio hijo). Los acontecimientos experimentados indirectamente a través del conocimiento de un suceso se limitan a los parientes o amigos cercanos. Estos eventos deben haber sido una muerte accidental o violenta –la muerte debida a causas naturales no se incluye–, un asalto personal violento, un suicidio, un accidente o una lesión grave. El trastorno puede ser especialmente grave cuando el factor estresante es interpersonal e intencional (p. ej., la tortura, la violación). La probabilidad de desarrollar este trastorno puede aumentar a medida que aumente la intensidad del estresor y la proximidad física a éste.

El acontecimiento traumático se puede reexperimentar de diversas maneras. Habitualmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusivos del evento (Criterio B1). Las memorias son recuerdos recurrentes espontáneos o provocados que por lo general se producen en respuesta a un estímulo que es una reminiscencia de la experiencia traumática (p. ej., el sonido de un tubo de escape de un coche puede desencadenar recuerdos de disparos). Estos recuerdos intrusivos a menudo tienen un componente sensorial (p. ej., sentir el calor intenso que también se percibió en el incendio de la casa), emocional (p. ej., una persona experimenta el miedo de creer que está a punto de ser apuñalada) o fisiológico (p. ej., experimentar la falta de aliento que un individuo sufrió en un momento en que estuvo a punto de ahogarse).

Loa sueños angustiosos pueden contener temas que son representativos o de temática relacionada con las principales amenazas que participan en el evento traumático (p. ej., en el caso de un superviviente de un accidente de vehículo a motor, los sueños angustiantes pueden implicar choques de automóviles en general; en el caso de un soldado de combate, los sueños angustiantes pueden implicar sufrir daños en las formas distintas de combate).

Los estados disociativos pueden durar desde unos pocos segundos hasta varias horas, o incluso días, durante los que se reviven los detalles del evento y la persona se comporta como si estuviese experimentando el evento en ese momento. Si bien las respuestas disociativas son frecuentes durante un evento traumático, sólo se deberían considerar las respuestas disociativas que persisten más de 3 días después de la exposición al trauma para el diagnóstico de un trastorno de estrés agudo. En los niños pequeños puede aparecer en el juego la recreación de los eventos relacionados con el trauma y pueden incluir momentos disociativos (p. ej., un niño que sobrevive a un accidente de un vehículo a motor puede chocar en repetidas ocasiones los coches de juguete durante el juego de forma concentrada y angustiante). Estos episodios, que a menudo son referidos como memorias retrospectivas (*flashbacks*), suelen ser breves, pero implican la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo en el presente en lugar de estar siendo recordado en el pasado, y están asociados a un malestar significativo.

Algunos individuos con este trastorno no tienen recuerdos intrusivos del evento en sí, sino que experimentan un malestar psicológico intenso o una activación fisiológica cuando están expuestos a eventos de activación que se asemejan o simbolizan un aspecto del evento traumático (p. ej., en niños, los días de viento después de un huracán, entrar en un ascensor para alguien que fue violado en un ascensor, ver a alguien que se asemeja al propio agresor).

La señal de activación puede ser una sensación física (p. ej., la sensación de calor para una víctima de quemaduras, los mareos para los supervivientes de un traumatismo en la cabeza), en particular para las personas con presentaciones muy somáticas.

El individuo puede tener una incapacidad persistente para sentir emociones positivas (p. ej., felicidad, alegría, satisfacción, o emociones asociadas con la intimidad, la ternura o la sexualidad), pero puede experimentar emociones negativas, como el miedo, la tristeza, la ira, la culpa o la vergüenza.

Las alteraciones de la conciencia pueden ser entre otras la *despersonalización*, el sentido de separarse de uno mismo (p. ej., verse a sí mismo desde el otro lado de la habitación), o la *desrealización*, tener una visión distorsionada del entorno (p. ej., percibir que las cosas se están moviendo en cámara lenta, ver las cosas como en un sueño, no darse cuenta de los sucesos que uno normalmente codifica). Algunos individuos también comunican una incapacidad para recordar un aspecto importante del evento traumático que presumiblemente fue codificado. Este síntoma es atribuible a la amnesia disociativa y no es atribuible a lesiones en la cabeza, al alcohol o las drogas.

Los estímulos asociados al trauma se evitan de manera persistente. El individuo puede negarse a hablar de la experiencia traumática o puede utilizar estrategias de evitación para minimizar la toma de conciencia con las reacciones emocionales (p. ej., el consumo de alcohol excesivo cuando se recuerda la experiencia).

Esta evitación conductual puede consistir en evitar mirar los noticiarios sobre la experiencia traumática, negarse a regresar a un lugar de trabajo donde ocurrió el trauma, o evitar la interacción con otros que compartieron la misma experiencia traumática.

Es muy común que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten problemas para iniciar y mantener el sueño, que puede estar asociado con pesadillas o con una excitación elevada generalizada que impide el sueño adecuado. Los individuos con trastorno de estrés agudo pueden estar irascibles e incluso pueden presentar comportamientos de agresión verbal y/o física ante la más pequeña provocación. El trastorno de estrés agudo a menudo se caracteriza por una mayor sensibilidad a las amenazas potenciales, entre las que están aquellas que se relacionan con la experiencia traumática (p. ej., una víctima de accidente de vehículos a motor puede ser especialmente sensible a la amenaza potencial de los automóviles), o las que no están relacionadas con el evento traumático (p. ej., el miedo de tener un ataque al corazón). Se documentan habitualmente dificultades de concentración, como dificultad para recordar los hechos cotidianos (p. ej., olvidar el propio número de teléfono) o para prestar atención a las tareas específicas (p. ej., después de una conversación durante un período sostenido de tiempo). Los individuos con trastorno de estrés agudo pueden ser muy reactivos a los estímulos inesperados, y muestran sobresaltos o nerviosismo ante ruidos fuertes o movimientos inesperados (p. ej., el individuo puede sobresaltarse notablemente en respuesta a un timbre del teléfono).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de estrés agudo comúnmente presentan pensamientos catastróficos o muy negativos acerca de su papel en el evento traumático, su respuesta a la experiencia traumática o respecto a la probabilidad de un daño futuro. Por ejemplo, un individuo con trastorno de estrés agudo puede sentirse excesivamente culpable por no haber impedido el evento traumático o por no haberse adaptado a la experiencia con más éxito. Los individuos con trastorno de estrés agudo también pueden interpretar sus síntomas de manera catastrofista, e interpretar las memorias retrospectivas (*flashbacks*) y el entumecimiento emocional como signos de una capacidad mental disminuida.

Es frecuente que las personas con trastorno de estrés agudo experimenten ataques de pánico durante el primer mes después de la exposición al trauma, que pueden ser provocados por los recuerdos del trauma o pueden aparecer espontáneamente. Además, las personas con trastorno de estrés agudo pueden mostrar un comportamiento caótico o impulsivo. Por ejemplo, las personas pueden conducir de forma imprudente, tomar decisiones irracionales o hacer apuestas en exceso. En los niños puede ser significativa la ansiedad de separación; posiblemente se manifiesta por una necesidad excesiva de aten-

ción por parte de sus cuidadores. En el caso del duelo después de una muerte que se produjo en circunstancias traumáticas, los síntomas del trastorno de estrés agudo pueden implicar reacciones de duelo agudas. En tales casos, la reexperimentación, la disociación y los síntomas de excitación pueden implicar reacciones de pérdida, como recuerdos intrusivos de las circunstancias de la muerte, la incredulidad de que la persona ha muerto y la ira por la muerte. Después de una lesión cerebral traumática leve aparecen con frecuencia los síntomas posteriores a la conmoción (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o el sonido, irritabilidad, déficit de concentración), y también se observan frecuentemente en los individuos con trastorno de estrés agudo. Los síntomas posteriores a una conmoción son igualmente frecuentes en las personas con daño cerebral, pero también se aprecian en los individuos que no tienen lesiones cerebrales, y es frecuente atribuir la aparición de estos síntomas al trastorno de estrés agudo.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de estrés agudo en las poblaciones recientemente expuestas a un trauma (p. ej., durante 1 mes desde la exposición al trauma) varía según la naturaleza del evento y el contexto en el que se evalúa. Tanto en las poblaciones de Estados Unidos como en las de fuera de este país, el trastorno de estrés agudo tiende a identificarse en menos del 20 % de los casos después de sucesos traumáticos que no impliquen un asalto interpersonal, entre el 13 y el 21 % de los accidentes de vehículos a motor, en el 14 % de las lesiones cerebrales traumáticas leves, en el 19 % de los casos de asalto, en el 10 % de las quemaduras graves, y entre el 6 y el 12 % de los accidentes industriales. Las tasas más altas (es decir, el 20-50 %) se manifiestan después de eventos traumáticos interpersonales, entre los que están el asalto, la violación y ser testigo de un tiroteo masivo.

Desarrollo y curso

El trastorno agudo de estrés no se puede diagnosticar hasta 3 días después de un evento traumático. Aunque el trastorno de estrés agudo puede evolucionar a un trastorno de estrés postraumático (TEPT) después de 1 mes, también puede ser una respuesta de estrés transitoria que remite en el plazo de 1 mes tras la exposición al trauma y que no da lugar a un trastorno de estrés postraumático. Aproximadamente la mitad de las personas que finalmente desarrollan TEPT presentan inicialmente trastorno de estrés agudo. Los síntomas pueden empeorar a lo largo del primer mes, a menudo como resultado de los factores estresantes de la vida o a causa de más eventos traumáticos.

Las formas de revivir el suceso traumático pueden variar según la etapa del desarrollo. A diferencia de los adultos o los adolescentes, los niños pequeños pueden comunicar sueños terroríficos con un contenido que refleja claramente los aspectos del trauma (p. ej., despertarse con miedo con las secuelas del trauma, pero ser incapaz de relacionar el contenido del sueño con el evento traumático). Los niños de 6 años o menores pueden reexperimentar, con más probabilidad que los niños de mayor edad, los síntomas de la experiencia traumática a través del juego, refiriéndose directa o simbólicamente al trauma. Por ejemplo, un niño muy pequeño que sobrevivió a un incendio puede hacer dibujos de llamas. Los niños pequeños no manifiestan necesariamente reacciones de miedo en el momento de la exposición o incluso durante la reexperimentación. Los padres por lo general informan de una serie de expresiones emocionales, como la ira, la vergüenza o el retraimiento, e incluso un excesivo afecto positivo, en los niños pequeños que están traumatizados. Aunque los niños pueden evitar aquello que les recuerda al trauma, a veces se preocupan por los recordatorios (p. ej., un niño pequeño que sufre una mordedura por un perro puede hablar de los perros constantemente, pero puede evitar salir fuera por temor a encontrarse con uno).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo son el trastorno mental previo, altos niveles de afecto negativo (neuroticismo), mayor gravedad percibida del evento traumático y un estilo de afrontamiento evitativo. Las evaluaciones catastróficas de la experiencia traumática a menudo se caracterizan por apreciaciones exageradas de un daño futuro, por la culpa o por la desesperanza, y son unos predictores robustos del trastorno de estrés agudo.

Ambientales. Primero, y ante todo, un individuo debe ser expuesto a un evento traumático para tener riesgo de presentar un trastorno de estrés agudo. Los factores de riesgo para la enfermedad son una historia de trauma anterior.

Genéticos y fisiológicos. Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno de estrés agudo. Una reactividad elevada antes de la exposición al trauma, como se refleja en la respuesta al sobresalto acústico, aumenta el riesgo de desarrollar el trastorno de estrés agudo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El perfil de los síntomas del trastorno de estrés agudo puede variar en las diferentes culturas, en particular con respecto a los síntomas disociativos, las pesadillas, la evitación y los síntomas psicosomáticos (p. ej., los mareos, la dificultad para respirar, la sensación de calor). Los síndromes culturales y las expresiones de angustia dan forma a los diferentes perfiles de los síntomas de trastorno de estrés agudo según la región. Algunos grupos culturales pueden mostrar variantes de respuestas disociativas, como la posesión o los comportamientos de trance durante el primer mes desde la exposición al trauma. Los síntomas de pánico pueden destacar en el trastorno de estrés agudo debido a la asociación de la exposición traumática con síntomas similares a los del pánico entre los camboyanos (ataques *khyâl*) y entre los latinoamericanos (*ataque de nervios*).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de estrés agudo es más frecuente entre las mujeres que entre los varones. Las diferencias neurobiológicas ligadas al sexo en respuesta al estrés pueden contribuir a un mayor riesgo de trastorno de estrés agudo en las mujeres. El mayor riesgo de la enfermedad en las mujeres puede ser atribuible en parte a una mayor probabilidad de exposición a eventos de tipo traumático con un alto potencial de riego para el trastorno de estrés agudo, como la violación y otras formas de violencia interpersonal.

Consecuencias funcionales del trastorno de estrés agudo

Se ha demostrado un deterioro del funcionamiento en los ámbitos sociales, interpersonales o laborales entre los supervivientes de accidentes, asaltos y violaciones que desarrollan el trastorno de estrés agudo. Los elevados niveles de ansiedad, que pueden estar asociados con el trastorno de estrés agudo, pueden interferir en el sueño, los niveles de energía y la capacidad para atender a las tareas. La evitación en el trastorno de estrés agudo puede originar una retirada generalizada de muchas situaciones que se perciben como potencialmente mortales, lo que puede originar la falta de asistencia a las citas médicas, la evitación de la conducción a eventos importantes y el absentismo laboral.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de adaptación. En el trastorno de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad y no sólo de la gravedad y del tipo requerido para el Criterio A del trastorno de estrés agudo. El diagnóstico de un trastorno de adaptación se realiza cuando la respuesta a un evento del Criterio A no cumple con los criterios para el trastorno de estrés agudo (u otro trastorno mental específico) y cuando el patrón de síntomas del trastorno de estrés agudo se presenta en respuesta a un factor estresante que no cumple con el Criterio A para la exposición a la muerte real o la amenaza, las lesiones graves o la violencia grave (p. ej., el abandono por parte del cónyuge, ser despedido). Por ejemplo, las reacciones de estrés a enfermedades serias que pueden incluir algunos de los síntomas del trastorno de estrés agudo se pueden describir más adecuadamente como un trastorno adaptativo. Algunas formas de respuesta de estrés agudo no incluyen los síntomas del trastorno de estrés agudo y se pueden caracterizar por la ira, la depresión o la culpabilidad. Estas respuestas se describen de manera más apropiada como debidas a un trastorno de adaptación. Las respuestas depresivas o de ira en un trastorno de adaptación pueden implicar la rumiación del evento traumático, en oposición a los recuerdos intrusos e involuntarios que provocan malestar en el trastorno de estrés agudo.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico espontáneos son muy comunes en el trastorno de estrés agudo. Sin embargo, el trastorno de pánico sólo se diagnostica si los ataques de pánico son inesperados, si existe ansiedad por los ataques futuros o si se aprecian cambios desadaptativos en el comportamiento asociados al miedo a las nefastas consecuencias de los ataques.

Trastornos disociativos. Las respuestas disociativas graves (en ausencia de los síntomas característicos del trastorno de estrés agudo) se pueden diagnosticar como un trastorno de desrealización/despersonalización. Si persiste la amnesia severa del trauma en ausencia de los síntomas característicos del trastorno de estrés agudo, podría estar indicado el diagnóstico de amnesia disociativa.

Trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés agudo se distingue del trastorno de estrés postraumático en que los síntomas del trastorno de estrés agudo deben ocurrir dentro del primer mes del evento traumático y resolverse dentro de ese período de un mes. Si los síntomas persisten durante más de un mes y se cumplen los criterios para el TEPT, se cambiará el diagnóstico de trastorno de estrés agudo a TEPT.

Trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno obsesivo-compulsivo son recurrentes los pensamientos intrusivos, pero éstos cumplen la definición de obsesiones. Además, los pensamientos intrusivos no están relacionados con un evento traumático experimentado, suele haber compulsiones y no aparecen los otros síntomas del trastorno de estrés agudo.

Trastornos psicóticos. Las memorias retrospectivas (*flashbacks*) en el trastorno de estrés agudo deben distinguirse de los delirios, de las alucinaciones y de otros trastornos de la percepción que pueden aparecer en la esquizofrenia, en otros trastornos psicóticos, en el trastorno depresivo o bipolar con síntomas psicóticos, en el delirium, en los trastornos inducidos por medicación o por sustancias y en los trastornos psicóticos debidos a otro afección médica. Los *flashbacks* del trastorno de estrés agudo se distinguen de estos otros trastornos perceptivos en que se relacionan directamente con la experiencia traumática y en que aparecen en ausencia de otras características psicóticas o inducidas por sustancias.

Lesión cerebral traumática. Cuando una lesión cerebral se produce en el contexto de un evento traumático (p. ej., un accidente traumático, la explosión de una bomba, un traumatismo de aceleración/deceleración), pueden aparecer síntomas del trastorno de estrés agudo. Un traumatismo craneal también puede constituir un acontecimiento traumático psicológico, y los síntomas neurocognitivos relacionados con la lesión cerebral traumática y los de trastorno de estrés agudo no son mutuamente excluyentes y pueden aparecer al mismo tiempo. Los anteriormente denominados síntomas posteriores a la conmoción (p. ej., dolores de cabeza, mareos, sensibilidad a la luz o al sonido, irritabilidad, déficit de concentración) pueden aparecer en los individuos con daños cerebrales, pero también se observan en aquellos que no presentan lesiones cerebrales, incluidas las personas con trastorno de estrés agudo. Debido a que los síntomas de trastorno de estrés agudo y los síntomas neurocognitivos relacionados con las lesiones cerebrales traumáticas pueden superponerse, se podría hacer un diagnóstico diferencial entre el trastorno de estrés agudo y los síntomas del trastorno neurocognitivo atribuibles a la lesión cerebral traumática basándose en la presencia de los síntomas que son característicos de cada presentación. Así, la reexperimentación y la evitación son característicos del trastorno de estrés agudo y no de la lesión cerebral traumática, y la desorientación persistente y la confusión son más específicos de la lesión cerebral traumática que del trastorno de estrés agudo. Además, al diagnóstico diferencial le ayuda el hecho de que los síntomas del trastorno de estrés agudo persisten durante un máximo de 1 mes después de la exposición al trauma.

Trastornos de adaptación

Criterios diagnósticos

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.
E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

309.0 (F43.21) Con estado de ánimo deprimido: Predomina el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

309.3 (F43.24) Con alteración de la conducta: Predomina la alteración de la conducta.

309.4 (F43.25) Con alteración mixta de las emociones y la conducta: Predominan los síntomas emocionales (p. ej., depresión, ansiedad) y una alteración de la conducta.

309.9 (F43.20) Sin especificar: Para las reacciones de mala adaptación que no se pueden clasificar como uno de los subtipos específicos del trastorno de adaptación.

Especificar si:

Agudo: Si la alteración dura menos de 6 meses.

Persistente (crónico): Si la alteración dura 6 meses o más.

Características diagnósticas

La presencia de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor de estrés identificable es la característica esencial de los trastornos de adaptación (Criterio A). El factor de estrés puede ser un solo evento (p. ej., el fin de una relación sentimental) o puede haber múltiples factores de estrés (p. ej., serias dificultades en los negocios y los problemas maritales). Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados a las crisis temporales de un negocio, unas relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad). Los factores de estrés pueden afectar a un solo individuo, a una familia entera, o a un grupo más grande o comunidad (p. ej., un desastre natural). Algunos factores de estrés pueden acompañar el desarrollo de determinados eventos (p. ej., ir a la escuela, dejar la casa paterna, volver a casa de los progenitores, casarse, convertirse en padre, no alcanzar los objetivos del trabajo, la jubilación).

Los trastornos de adaptación se pueden diagnosticar después de la muerte de un ser querido, cuando la intensidad, la calidad o la persistencia de las reacciones de duelo superan lo que normalmente cabría esperar, teniendo en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad. Se ha denominado trastorno de duelo complejo persistente a un conjunto más específico de síntomas relacionados con el duelo. Los trastornos de adaptación se asocian con un mayor riesgo de intentos de suicidio y con suicidios consumados.

Prevalencia

Los trastornos de adaptación son comunes, aunque la prevalencia puede variar ampliamente en función de la población estudiada y los métodos de evaluación utilizados. El porcentaje de individuos en tratamiento ambulatorio de salud mental con un diagnóstico principal de trastorno de adaptación oscila entre aproximadamente el 5 y el 20 %. En un entorno de consulta psiquiátrica hospitalaria, a menudo es el diagnóstico más común, y con frecuencia alcanza cifras del 50 %.

Desarrollo y curso

Por definición, la alteración en el trastorno de adaptación comienza dentro de los 3 meses del inicio de un factor de estrés y no dura más de 6 meses después de haber cesado el agente estresante o sus consecuencias. Si el factor estresante es un evento agudo (p. ej., ser despedido de un puesto de trabajo), el inicio de la alteración es por lo general inmediato (p. ej., dentro de unos pocos días) y la duración es relativamente breve (p. ej., no más de unos pocos meses). Si el factor estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno de adaptación podría continuar y se convertiría en la forma persistente.

Factores de riesgo y pronóstico

Medioambientales. Las personas con entornos de vida desfavorecidos se ven sometidas a cotas elevadas de factores estresantes y podrían tener un mayor riesgo de padecer trastornos de adaptación.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El contexto del ámbito cultural de la persona debe tenerse en cuenta al hacer el juicio clínico de si la respuesta de ésta al factor estresante es o no desadaptada, o de si el malestar psíquico acompañante es mayor o no de lo que cabría esperar. La naturaleza, el significado y la experiencia de los factores estresantes, así como la evaluación de la respuesta a dichos factores, pueden variar de una cultura a otra.

Consecuencias funcionales de los trastornos adaptativos

El malestar subjetivo o el deterioro de la actividad asociada con los trastornos de adaptación se manifiesta con frecuencia como una disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. En las personas que tienen una enfermedad médica, el trastorno de adaptación puede complicar el curso de la enfermedad (p. ej., una disminución del cumplimiento del régimen terapéutico recomendado, un aumento de la duración de la estancia hospitalaria).

Diagnóstico diferencial

Trastorno depresivo mayor. Si una persona tiene síntomas que cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor en respuesta a un factor de estrés, no sería aplicable el diagnóstico de trastorno de adaptación. El perfil de los síntomas diferencia el trastorno depresivo mayor de los trastornos de adaptación.

Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En los trastornos de adaptación, el factor estresante puede ser de cualquier gravedad en lugar de ser de la gravedad y el tipo requeridos por el Criterio A del trastorno de estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para distinguir los trastornos de adaptación de estos dos diagnósticos postraumáticos se debe considerar el factor temporal y el perfil de los síntomas. Los trastornos de adaptación se pueden presentar de inmediato y pueden persistir hasta 6 meses después de la exposición al evento traumático, mientras que el trastorno de estrés agudo sólo puede ocurrir entre los 3 días y 1 mes de exposición al acontecimiento estresante, y el trastorno de estrés postraumático no se puede diagnosticar hasta que por lo menos ha pasado 1 mes desde la aparición del acontecimiento estresante traumático. El perfil de síntomas requerido para el TEPT y el trastorno de estrés agudo les diferencia de los trastornos de adaptación. Con respecto al perfil de síntomas, se puede diagnosticar trastorno de adaptación tras un evento traumático cuando un individuo presenta síntomas de trastorno de estrés agudo o de trastorno de estrés postraumático pero éstos no cumplen o sobrepasan el umbral de diagnóstico para cada trastorno. También se debería diagnosticar trastorno de adaptación en las personas que no se han expuesto a un evento traumático pero que, por lo demás, presentan el perfil completo de síntomas del trastorno de estrés agudo, o bien del trastorno de estrés postraumático.

Trastornos de la personalidad. Con respecto a los trastornos de la personalidad, algunas características de la personalidad pueden estar asociadas con una vulnerabilidad para la angustia situacional que puede parecerse a un trastorno de adaptación. El funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida facilita la interpretación de los comportamientos cuando existen dificultades para distinguir una personalidad de larga evolución de un trastorno de adaptación. Además, algunos trastornos de la personalidad pueden presentar vulnerabilidad para la angustia, y el estrés también puede exacerbar los síntomas del trastorno de personalidad. Cuando se presenta un trastorno de la personalidad, si se cumplen los criterios de los síntomas para un trastorno de adaptación y la alteración relacionada con el estrés sobrepasa la que se podría atribuir a los síntomas desadaptativos del trastorno de la personalidad (p. ej., se cumple el Criterio C), entonces se debería establecer el diagnóstico de trastorno de adaptación.

Factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas. Entre los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas están las entidades psicológicas específicas (p. ej., los síntomas psicológicos, los comportamientos, otros factores) que pueden agravar una afección médica. Estos factores psicológicos pueden precipitar, exacerbar o poner a una persona en riesgo de desarrollar una enfermedad médica, o pueden empeorar una afección existente. Por otra parte, un trastorno de adaptación es una reacción a un factor de estrés (p. ej., tener una enfermedad médica).

Reacciones normales de estrés. La mayoría de las personas se altera cuando suceden cosas perjudiciales. Esto no sería un trastorno de adaptación. Sólo se debe hacer el diagnóstico cuando la magnitud de la angustia (p. ej., las alteraciones en el estado de ánimo, la ansiedad o la conducta) es superior a lo que normalmente cabría esperar (que pueden variar en las diferentes culturas), o cuando los acontecimientos adversos provocan un deterioro funcional.

Comorbilidad

Los trastornos de adaptación pueden acompañar a la mayoría de los trastornos mentales y a cualquier trastorno médico. Se puede diagnosticar trastorno de adaptación, además de otro trastorno mental, sólo si este último no explica los síntomas particulares que se producen al reaccionar ante el factor estresante. Por ejemplo, una persona puede desarrollar un trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo después de perder un trabajo y, al mismo tiempo, recibir un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. O una persona puede tener un trastorno depresivo o bipolar y un trastorno de adaptación siempre que se cumplan los criterios para ambos. Los trastornos de adaptación acompañan frecuentemente a las enfermedades médicas y pueden ser la principal respuesta psicológica a un trastorno médico.

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado

309.89 (F43.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. La categoría de otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico. Esto se hace registrando "otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trastorno de duelo complejo persistente").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Trastornos del tipo de adaptación con inicio retardado de los síntomas que se producen más de tres meses después del factor de estrés.**
2. **Trastornos del tipo de adaptación con duración prolongada de más de seis meses sin duración prolongada del factor de estrés.**
3. **Ataque de nervios:** Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice.
4. **Otros síndromes culturales:** Véase el "Glosario de conceptos culturales de malestar" en el Apéndice.
5. **Trastorno de duelo complejo persistente:** Este trastorno se caracteriza por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto (véase el capítulo "Afecciones que necesitan más estudio" en la Sección III).

Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado

309.9 (F43.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionado con traumas y factores de estrés. La categoría del trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Los síntomas disociativos pueden alterar posiblemente todas las áreas de funcionamiento psicológico. En este capítulo se incluyen el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización/desrealización, otro trastorno disociativo especificado y el trastorno disociativo no especificado.

Los síntomas disociativos son experimentados como a) intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento, que se acompañan de una pérdida de continuidad de la experiencia subjetiva (esto es, los síntomas disociativos "positivos", como la fragmentación de la identidad, la despersonalización y la desrealización), y/o b) la incapacidad de acceder a la información o de controlar las funciones mentales que normalmente son fácilmente accesibles o controlables (p. ej., los síntomas disociativos "negativos", como la amnesia).

Los trastornos disociativos aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas, y muchos de los síntomas, como la turbación y la confusión acerca de los síntomas o el deseo de ocultarlos, se ven influidos por la proximidad al trauma. En el DSM- 5, los trastornos disociativos se sitúan a continuación de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, pero no como parte de ellos, lo que refleja la estrecha relación entre estas clases de diagnóstico. Tanto el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático presentan síntomas disociativos, como la amnesia, *flashbacks*, entumecimiento y despersonalización/desrealización.

El *trastorno de despersonalización/desrealización* se caracteriza por una despersonalización clínicamente importante, persistente o recurrente (p. ej., las experiencias de irrealidad o de separación de la mente de uno, del yo o del cuerpo) y/o una desrealización (p. ej., las experiencias de irrealidad o separación del entorno). Estas alteraciones en la experiencia están acompañadas de un juicio de realidad intacto. No hay evidencia de que exista ninguna diferencia entre las personas en las que predominan los síntomas de despersonalización frente a las personas en las que predominan los de desrealización. Por lo tanto, las personas con este trastorno pueden tener despersonalización, desrealización, o ambos.

La *amnesia disociativa* se caracteriza por una incapacidad para recordar información autobiográfica. Esta amnesia puede ser localizada (p. ej., de un evento o período de tiempo), selectiva (p. ej., de un aspecto específico de un evento) o generalizada (p. ej., de la identidad y de la historia vital). La amnesia disociativa es fundamentalmente una incapacidad para recordar información autobiográfica que es incompatible con los olvidos normales. Puede implicar o no recorridos con un propósito o vagar desorientado (es decir, una fuga). Aunque algunos individuos con amnesia se dan cuenta rápidamente del "tiempo perdido" o del vacío en su memoria, la mayoría de los individuos con trastornos disociativos es incapaz de reconocer sus amnesias. Para ellos, la conciencia de la amnesia se produce sólo cuando la identidad personal se pierde o cuando las circunstancias les hacen conscientes de que pierden información autobiográfica (p. ej., cuando descubren eventos que no pueden recordar o cuando los demás les hablan o preguntan acerca de estos eventos que no pueden recordar). Hasta el momento en que esto sucede, estos individuos presentan una "amnesia de su amnesia". La amnesia se experimenta como una característica esencial de la amnesia disociativa, los individuos normalmente presentan amnesia localizada o selectiva, y de forma más inusual, amnesia generalizada. La fuga disociativa es rara en las personas con amnesia disociativa, pero frecuente en el trastorno de identidad disociativo.

El trastorno de identidad disociativo se caracteriza por a) la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o de una experiencia de posesión, y b) episodios recurrentes de amnesia. La

<= Ir a la Clasificación

fragmentación de la identidad puede variar con la cultura (p. ej., las presentaciones en forma de posesión) y con las circunstancias. Por lo tanto, cada individuo puede experimentar discontinuidades en la identidad y la memoria que pueden no ser evidentes de inmediato para los demás o que pueden estar poco claras debido a los intentos para esconder la disfunción. El individuo con trastorno de la identidad disociativa presenta a) recurrentes e inexplicables intrusiones en su funcionamiento consciente y en el sentido de sí mismo (p. ej., voces, disociación de las acciones y del habla, pensamientos, emociones e impulsos intrusivos), b) alteraciones del sentido de sí mismo (p. ej., en actitudes, preferencias, y sensación de que su cuerpo o sus acciones no corresponden a sí mismo), c) cambios dispares de la percepción (p. ej., despersonalización o desrealización, como sentirse escindido de su cuerpo durante el episodio), y d) síntomas neurológicos funcionales intermitentes. El estrés a menudo produce exacerbaciones transitorias de los síntomas disociativos que los hacen más evidentes.

La categoría residual de otro trastorno disociativo especificado tiene siete ejemplos: los síntomas disociativos mixtos recurrentes o crónicos que se acercan, pero no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos para el trastorno de identidad disociativo, los estados disociativos secundarios al lavado de cerebro o la modificación del pensamiento, dos presentaciones agudas, de duración menor de un mes, de síntomas disociativos mixtos, uno de los cuales también está marcado por la presencia de síntomas psicóticos, y tres estados disociativos de un solo síntoma: el trance disociativo, el estupor disociativo o coma y el síndrome de Ganser (el individuo da respuestas aproximadas e inexactas).

Trastorno de identidad disociativo

Criterios diagnósticos 300.14 (F44.81)

A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de la entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.

B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Características diagnósticas

La característica definitoria de un trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más estados de personalidad distintos o una experiencia de posesión (Criterio A). Sin embargo, la manifestación o no de estos estados de personalidad varía en función de la motivación psicológica, el nivel actual de estrés, la cultura, los conflictos internos y dinámicos y la tolerancia emocional. Puede haber períodos continuos de interrupción de la identidad en el contexto de presiones psicosociales graves y/o prolongadas. En muchos casos de trastorno de identidad disociativo en forma de posesión y en una pequeña proporción de casos sin manifestación de posesión son muy evidentes las manifestaciones de las identidades alternativas. Durante largos períodos de tiempo, la mayoría de los individuos con trastorno de identidad disociativo sin manifestaciones de posesión no muestran abiertamente la discontinuidad de su identidad, y sólo una pequeña minoría presenta una alternancia clínicamente observable entre las identidades.

Cuando no se observan directamente los estados de personalidad alternativa, el trastorno puede ser identificado por dos grupos de síntomas: 1) las alteraciones repentinas o la discontinuidad sobre el sentido del yo y el sentido de la entidad (Criterio A), y 2) las amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).

Los síntomas del Criterio A están relacionados con las interrupciones en la experiencia que pueden afectar a cualquiera de los aspectos del funcionamiento de un individuo. Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden referir la sensación de que, de repente, se han convertido en observadores despersonalizados de su "propio" discurso y acciones, y que pueden sentirse impotentes para detenerlos (sentido del yo). Tales individuos también pueden informar sobre la percepción de voces (p. ej., la voz de un niño, el llanto, la voz de un ser espiritual). En algunos casos, las voces se experimentan como múltiples, desconcertantes e independientes del pensamiento y sobre ellas el individuo no tiene ningún control. Las emociones fuertes, los impulsos e incluso el habla u otras acciones pueden surgir de repente, sin un sentido de control o de pertenencia personal (sentido de entidad). Estas emociones e impulsos son con frecuencia comunicadas como egodistónicas y desconcertantes. Las actitudes, las perspectivas y las preferencias personales (p. ej., acerca de la comida, las actividades, el vestido) pueden cambiar de repente y después pueden cambiar nuevamente. Los individuos pueden referir que sienten sus cuerpos diferentes (p. ej., como un niño pequeño, como del género opuesto, enorme y musculado). Las alteraciones en el sentido del yo y la pérdida de la entidad personal pueden estar acompañadas por la sensación de que estas actitudes, emociones y comportamientos, incluso el propio cuerpo, "no son míos" y/o "no están bajo mi control". Aunque la mayoría de los síntomas del Criterio A son subjetivos, muchas de estas interrupciones bruscas del habla, del afecto y de la conducta pueden ser observadas por la familia, los amigos o el clínico. Las convulsiones no epilépticas y otros síntomas de conversión son evidentes en algunas presentaciones del trastorno de identidad disociativo, especialmente en algunos contextos no occidentales.

La amnesia disociativa de las personas con trastorno de identidad disociativo se manifiesta de tres formas principales: 1) como lagunas en la memoria remota de los acontecimientos vitales personales (p. ej., períodos de la niñez o de la adolescencia, algunos eventos importantes de la vida, como la muerte de un abuelo, casarse, dar a luz), 2) como lapsos de memoria reciente (p. ej., de lo que sucedió hoy, de habilidades tales como la forma de trabajar, usar un ordenador, leer, conducir), y 3) el descubrimiento de una evidencia de sus acciones diarias y de las tareas que no recuerdan haber realizado (p. ej., la búsqueda de objetos inexplicables en sus bolsas de la compra o entre sus posesiones, encontrar escritos o dibujos desconcertantes que parecen haber realizado, descubrir lesiones, "regresar" justo en el momento de la realización de una acción). Las fugas disociativas, en las que la persona experimenta viajes disociativos, son frecuentes. Por lo tanto, las personas con trastorno de identidad disociativo pueden comunicar que, de repente, se han encontrado en la playa, en el trabajo, en un club nocturno o en algún lugar del hogar (p. ej., en el armario, en una cama o un sofá, en una esquina), sin acordarse de cómo llegaron hasta allí. La amnesia en los individuos con trastorno de identidad disociativo no se limita a los acontecimientos estresantes o traumáticos, si no que estas personas a menudo tampoco pueden recordar los acontecimientos diarios.

Los individuos con trastorno de identidad disociativo varían en su conciencia y actitud hacia sus amnesias. Es frecuente en estos individuos que minimicen sus síntomas amnésicos. Algunos de sus comportamientos amnésicos pueden ser evidentes para los demás, como cuando estas personas no recuerdan algo que los demás habían presenciado que había hecho o dicho, cuando no pueden recordar su propio nombre, o cuando no reconocen a su cónyuge, a sus hijos o a los amigos cercanos.

Las identidades en forma de posesión en el trastorno de identidad disociativo normalmente se manifiestan como conductas en que parece que un "espíritu", un ser sobrenatural o una persona ajena ha tomado el control, de tal manera que la persona comienza a hablar o actuar de una manera muy diferente. Por ejemplo, el comportamiento de un individuo puede semejar que su identidad ha sido sustituida por el " fantasma" de una niña que se suicidó en la misma comunidad años atrás, hablando y actuando como si todavía estuviera viva. O una persona puede ser "suplantada" por un demonio o una divinidad, lo que origina un deterioro profundo, y éstos pueden exigir que el individuo o un pariente sea castigado por un acto pasado, seguido de períodos más sutiles de alteración en la identidad. Sin embargo, la mayoría de los estados de posesión en el mundo son normales, por lo general forman parte de la práctica espiritual y no cumplen con los criterios para el trastorno de identidad

disociativo. Las identidades que surgen durante la posesión en forma de trastorno de identidad disociativo se presentan de forma recurrente, son no deseadas e involuntarias, causan un malestar o un deterioro clínicamente significativo (Criterio C) y no son una parte usual de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de identidad disociativo típicamente presentan comorbilidad con la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias, las autolesiones, las convulsiones no epilépticas u otros síntomas comunes. A menudo disimulan, o no son plenamente conscientes de las interrupciones en la consciencia, la amnesia u otros síntomas disociativos. Muchas personas con trastorno de identidad disociativo informan de *flashbacks* disociativos durante los cuales reviven sensorialmente un evento anterior como si estuviera ocurriendo en el presente, a menudo con un cambio de identidad, una desorientación o pérdida parcial o total de contacto con la realidad momentánea durante el *flashback* y una amnesia retrospectiva posterior del contenido de dicho *flashback*. Los individuos con este trastorno suelen informar de múltiples tipos de maltrato interpersonal en la infancia y en la edad adulta. También se pueden notificar acontecimientos abrumadores en la vida temprana aunque no sean en forma de maltrato, como múltiples procedimientos médicos dolorosos y largos en edades tempranas de la vida. La automutilación y el comportamiento suicida son frecuentes. Estas personas alcanzan niveles más elevados de capacidad de sufrir hipnosis y disociación en comparación con las medidas estándar de otros grupos clínicos y sujetos control sanos. Algunos individuos experimentan fenómenos o episodios psicóticos transitorios. Se han implicado varias regiones cerebrales en la fisiopatología del trastorno de identidad disociativo, como la corteza orbitofrontal, el hipocampo, la circunvolución del hipocampo y la amígdala.

Prevalencia

La prevalencia (12 meses) del trastorno de identidad disociativo entre los adultos de Estados Unidos en un pequeño estudio comunitario es del 1,5 %. La prevalencia por género en ese estudio fue del 1,6 % para los varones y del 1,4 % para las mujeres.

Desarrollo y curso

El trastorno de identidad disociativo se asocia con experiencias abrumadoras, eventos traumáticos y/o el abuso en la niñez. El trastorno completo se puede manifestar por primera vez casi a cualquier edad (desde la más tierna infancia hasta la vejez). La disociación en los niños puede generar problemas de memoria, concentración y apego, y juego traumático. Sin embargo, los niños, por lo general, no presentan cambios de identidad, sino que presentan principalmente solapamientos e interferencias entre los estados mentales (fenómenos del Criterio A), con síntomas relacionados a las interrupciones de la experiencia. Pueden aparecer cambios repentinos de identidad durante la adolescencia que pueden ser sólo crisis de los adolescentes o de las primeras etapas de otro trastorno mental. Las personas mayores pueden presentar una clínica de trastornos del estado de ánimo de la edad avanzada, trastorno obsesivo-compulsivo, paranoia, trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos o incluso trastornos cognitivos debidos a la amnesia disociativa. En algunos casos, en edades avanzadas, los afectos incómodos y los recuerdos pueden invadir progresivamente la conciencia del individuo.

La descompensación psicológica y los cambios en la identidad manifiestos se pueden desencadenar porque: 1) se suprime la situación traumática (p. ej., el abandono de la casa), 2) la persona tiene niños que alcanzan la misma edad que ella tenía cuando fue víctima de abuso o en el momento en que fue traumatizada, 3) existen experiencias traumáticas posteriores, incluso aparentemente intrascendentes, como un accidente de un vehículo a motor pequeño, o 4) se produce la muerte o surge una enfermedad mortal en el maltratador o los maltratadores.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El abuso físico y sexual interpersonal se asocia con un mayor riesgo de trastorno de identidad disociativo. La prevalencia de abuso infantil y negligencia en Estados Unidos, Canadá y

Europa entre aquellos con el trastorno es de aproximadamente el 90 %. También se han descrito otras formas de experiencias traumáticas, incluyendo procedimientos médicos y quirúrgicos de la infancia, la guerra, la prostitución infantil y el terrorismo.

Modificadores del curso. El abuso continuo, la retraumatización posterior, la comorbilidad con trastornos mentales, una enfermedad médica grave y el retraso en el tratamiento adecuado se asocian con un peor pronóstico.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Muchas de las características del trastorno de identidad disociativo pueden estar influenciadas por el trasfondo cultural de la persona. Las personas con este trastorno pueden presentar evidentes síntomas neurológicos inexplicables, como convulsiones no epilépticas, parálisis o pérdida sensorial, en un ámbito cultural donde tales síntomas son comunes. Del mismo modo, en los lugares donde la "posesión" es común (p. ej., las zonas rurales del mundo en vías de desarrollo, entre ciertos grupos religiosos en Estados Unidos y Europa), las identidades fragmentadas pueden tomar la forma de espíritus posesivos, divinidades, demonios, animales o personajes mitológicos. La aculturación o el contacto intercultural prolongado pueden moldear las características de las otras identidades (p. ej., los sujetos en la India pueden hablar inglés exclusivamente y usar ropa occidental). El trastorno de identidad disociativo en forma de posesión se puede distinguir de los estados de posesión culturalmente aceptados en que el primero es involuntario, angustiante e incontrolable, y con frecuencia recurrente o persistente; implica un conflicto entre el individuo y su familia, el entorno social o en el trabajo, y se manifiesta en momentos y lugares que violan la normas de la cultura o la religión.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres con trastorno de identidad disociativo predominan en la práctica clínica de los adultos, pero no en la práctica clínica de los niños. Los varones adultos con trastorno de identidad disociativo pueden negar sus síntomas y los antecedentes de trauma, y esto puede conducir a tasas elevadas de falsos negativos en el diagnóstico. Las mujeres con trastorno de identidad disociativo se presentan con mayor frecuencia con estados disociativos agudos (p. ej., escenas retrospectivas, amnesia, fuga, síntomas funcionales neurológicos [conversión], alucinaciones, automutilación). Los varones suelen mostrar comportamientos más criminales o violentos que las mujeres, y entre los varones, los desencadenantes más comunes de los estados disociativos agudos están las guerras, las condiciones carcelarias y las agresiones físicas o sexuales.

Riesgo de suicidio

Más del 70 % de los pacientes ambulatorios con trastorno de identidad disociativo ha intentado suicidarse; son frecuentes los múltiples intentos y las conductas autolesivas. La evaluación del riesgo de suicidio puede ser complicada cuando existe amnesia para el anterior comportamiento suicida o cuando la identidad que se presenta no tiene ideas suicidas y no es consciente de lo que hacen las otras identidades disociadas.

Consecuencias funcionales del trastorno de identidad disociativo

El deterioro varía ampliamente, desde uno aparentemente mínimo (p. ej., en los profesionales con buen rendimiento) hasta uno profundo. Independientemente del nivel de discapacidad, las personas con trastorno de identidad disociativo comúnmente minimizan el impacto de sus síntomas disociativos y postraumáticos. Los síntomas de los individuos con un funcionamiento más alto pueden perjudicar su relación, el matrimonio, sus funciones en la familia y la crianza de los hijos más que su vida laboral y profesional (aunque esta última también puede verse afectada). Con el tratamiento adecuado, muchas personas afectadas muestran una marcada mejoría en el funcionamiento laboral y personal. Sin embargo, algunos continúan con mucho deterioro en la mayoría de actividades de la vida. Estas personas sólo pueden responder al tratamiento muy lentamente, con una mejora y una reducción gradual de

la tolerancia a los síntomas disociativos y postraumáticos. El tratamiento de apoyo a largo plazo puede aumentar poco a poco la capacidad de estas personas para manejar sus síntomas y disminuir la necesidad de niveles más restrictivos de cuidado.

Diagnóstico diferencial

Otro trastorno disociativo especificado. El eje del trastorno de identidad disociativo es la división de la identidad, con una interrupción recurrente del funcionamiento consciente y del sentido de sí mismo. Esta característica central es compartida por una forma de otro trastorno disociativo especificado, que se puede distinguir del trastorno de identidad disociativo por la presencia crónica o recurrente de síntomas disociativos mixtos que no cumplen el Criterio A para el trastorno de identidad disociativo o porque no se acompañan de amnesia recurrente.

Trastorno depresivo mayor. Los individuos con trastorno de identidad disociativo a menudo se deprimen, y sus síntomas parecen cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor. Una evaluación rigurosa indica que esta depresión, en algunos casos, no cumple todos los criterios para el trastorno depresivo mayor. En los individuos con trastorno de identidad disociativa, a menudo otro trastorno depresivo especificado tiene una característica importante: el estado de ánimo deprimido y las cogniciones son fluctuantes, puesto que aparecen en algunos estados de identidad pero no en otros.

Trastornos bipolares. Los individuos con trastorno de identidad disociativo a menudo se diagnostican de trastorno bipolar, más frecuentemente de trastorno bipolar II. Los cambios relativamente rápidos en el estado de ánimo en las personas con este trastorno, habitualmente en cuestión de minutos u horas, a veces acompañándose de una fluctuación en los niveles de activación, contrastan con los cambios más lentos del estado de ánimo que se observan típicamente en los individuos con trastornos bipolares. Además, en el trastorno de identidad disociativo, conjuntamente con la identidad que se manifiesta, aparece un estado de ánimo elevado o depresivo, por lo que uno u otro estados de ánimo pueden predominar durante un período relativamente largo de tiempo (a menudo durante días) o pueden cambiar en cuestión de minutos.

Trastorno de estrés postraumático. Algunas personas traumatizadas tienen tanto un trastorno de estrés postraumático (TEPT) como un trastorno de identidad disociativo. Por consiguiente, es importante distinguir entre los individuos que sólo tienen TEPT y las personas que tienen TEPT y el trastorno de identidad disociativo. Este diagnóstico diferencial requiere que el clínico establezca la presencia o ausencia de síntomas disociativos que no son característicos del trastorno por estrés agudo o del trastorno de estrés postraumático. Algunos individuos con trastorno de estrés postraumático manifiestan síntomas disociativos que también ocurren en el trastorno de identidad disociativo: 1) la amnesia para algunos aspectos del trauma, 2) los *flashbacks* disociativos (p. ej., revivir el trauma, con una reducción de la conciencia de la orientación actual), y 3) los síntomas de intrusión y evitación, las alteraciones negativas en la cognición y en el estado de ánimo, y la hiperactivación que está centrada en torno al evento traumático. Por otra parte, las personas con trastorno de identidad disociativa manifiestan síntomas disociativos que no son una manifestación del TEPT: 1) las amnesias para muchos eventos no traumáticos de cada día (esto es, no traumáticos), 2) los *flashbacks* disociativos que pueden estar seguidos de una amnesia retrospectiva de su contenido, 3) las intromisiones perjudiciales (no relacionadas con el material traumático) de los estados de identidad disociada, y 4) los cambios infrecuentes y totales entre los diferentes estados de identidad.

Trastornos psicóticos. El trastorno de identidad disociativo se puede confundir con la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Las voces interiores, comunicativas y personificadas del trastorno de identidad disociativo, en especial de niños (p. ej., "oigo a una niña llorando en un armario y a un hombre enojado gritándola", pueden confundirse con las alucinaciones psicóticas. Las experiencias disociativas de fragmentación de la identidad o de posesión y la pérdida de la sensación de control sobre los pensamientos, sentimientos, impulsos y actos se pueden confundir con los signos de los trastornos formales del pensamiento, como la inserción o el robo del pensamiento. Los individuos con trastorno de identidad disociativo también pueden referir alucinaciones visuales, táctiles, olfativas, gustativas y somáticas que, por lo general, se relacionan con factores postraumáticos y disociativos,

como los *flashbacks* parciales. Los individuos con trastorno de identidad disociativo experimentan estos síntomas como causados por identidades alternativas, no tienen explicaciones delirantes de los fenómenos y a menudo describen los síntomas de una forma personificada (p. ej., "me siento como si alguien más quisiera llorar con mis ojos"). Las voces internas persecutorias y despectivas del trastorno de identidad disociativo asociado con síntomas de depresión pueden llevar al diagnóstico de depresión mayor con síntomas psicóticos. El cambio caótico de identidad y las intrusiones agudas que interrumpen los procesos del pensamiento podrían distinguirse del trastorno psicótico breve por el predominio de los síntomas disociativos y por la amnesia del episodio, y una evaluación diagnóstica después de cesar la crisis podría ayudar a confirmar el diagnóstico.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Los síntomas asociados con los efectos fisiológicos de una sustancia se pueden distinguir de un trastorno de identidad disociativo cuando la sustancia de la que se trata se considera etiológicamente relacionada con la alteración.

Trastornos de la personalidad. Los individuos con trastorno de identidad disociativo presentan identidades que, a menudo, parecen presentar características graves de trastornos de la personalidad, lo que obliga a un diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad, especialmente el tipo límite. Es importante destacar que, sin embargo, la variabilidad longitudinal en el tipo de personalidad (debido a la incongruencia entre identidades en el trastorno disociativo) difiere de la disfunción generalizada y persistente de la gestión emocional y de las relaciones interpersonales, típica de las personas con trastornos de la personalidad.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Este trastorno puede distinguirse del trastorno de identidad disociativo por la ausencia de una ruptura de la identidad, caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos o por una experiencia de posesión. La amnesia disociativa en el trastorno de conversión es más limitada y circunscrita (p. ej., amnesia por una convulsión no epiléptica).

Trastornos convulsivos. Los individuos con trastorno de identidad disociativo pueden presentar síntomas parecidos a los convulsivos y comportamientos que se asemejan a las crisis parciales complejas del lóbulo temporal. Éstos incluyen *déjà vu*, *jamais vu*, despersonalización, desrealización, experiencias extracorpóreas, amnesia, alteraciones de la conciencia, alucinaciones y otros fenómenos intrusivos de sensaciones, afectos y pensamientos. Unos hallazgos electroencefalográficos normales, incluyendo la telemetría, diferencian las convulsiones no epilépticas de los síntomas similares a las convulsiones del trastorno de identidad disociativo. Además, las personas con trastorno de identidad disociativo obtienen puntuaciones de disociación muy altas, mientras que los individuos con crisis parciales complejas no las obtienen.

Trastorno facticio y simulación. Las personas que fingen un trastorno de identidad disociativo no refieren los síntomas sutiles de intrusión característicos del trastorno, sino que tienden a exagerar los síntomas más difundidos de la enfermedad, tales como amnesia disociativa, pero no suelen comunicar los síntomas comórbidos menos publicitados, como son los síntomas disociativos. Las personas que fingen un trastorno de identidad disociativo tienden a estar relativamente poco perturbadas o pueden incluso parecer disfrutar de "tener" el trastorno. En contraste, las personas con un verdadero trastorno de identidad disociativo tienden a avergonzarse y abrumarse por sus síntomas y no comunican sus síntomas o niegan su afección. Pueden ayudar al diagnóstico una observación secuencial, la confirmación por la historia y una evaluación psicométrica y psicológica intensivas. Las personas que simulan el trastorno de identidad disociativo suelen crear identidades alternativas limitadas y estereotipadas con amnesia fingida, y relacionadas con los hechos por los que se busca la ganancia. Por ejemplo, pueden presentar una identidad de "todo bien" y una identidad de "todo mal" con la esperanza de obtener la exculpación por un crimen.

Comorbilidad

Muchas personas con trastorno de identidad disociativo se presentan con un trastorno comórbido. Si no son evaluadas y tratadas específicamente para el trastorno disociativo, estas personas a menudo reciben un tratamiento prolongado sólo para el diagnóstico de comorbilidad, con una respuesta global al tratamiento limitada y con la desmoralización y discapacidad consiguientes.

Los individuos con trastorno de identidad disociativo por lo general presentan un gran número de trastornos comórbidos. En particular, la mayoría desarrolla trastorno de estrés postraumático. Otros trastornos que son altamente comórbidos con el trastorno de identidad disociativo son los trastornos depresivos, el trauma y trastornos relacionados con factores de estrés, los trastornos de la personalidad (trastorno de personalidad límite y evitativa), el trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), el trastorno de síntomas somáticos, los trastornos de la alimentación, los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del sueño. Las alteraciones disociativas en la identidad, la memoria y la conciencia pueden afectar a la presentación de los síntomas de los trastornos comórbidos.

Amnesia disociativa

Criterios diagnósticos 300.12 (F44.0)

A. Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.
Nota: La amnesia disociativa consiste la mayoría de veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos, o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (p. ej., epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria, secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).
D. La alteración no se explica mejor por un trastorno de identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

Nota de codificación: El código de la amnesia disociativa sin fuga disociativa es 300.12 (F44.0). El código de la amnesia disociativa con fuga disociativa es 300.13 (F44.1).

Especificar si:

300.13 (F44.1) Con fuga disociativa: Deambular aparentemente con un propósito o vagabundeo desorientado que se asocia a amnesia de la identidad o por otra información autobiográfica importante.

Características diagnósticas

La característica definitoria de la amnesia disociativa es una incapacidad para recordar información importante autobiográfica que: 1) debe almacenarse con éxito en la memoria, y 2) normalmente sería recordada fácilmente (Criterio A). La amnesia disociativa se diferencia de las amnesias permanentes debido al daño neurobiológico o a la toxicidad que impiden el almacenamiento de memoria o la recuperación, ya que siempre es potencialmente reversible porque la memoria ha sido almacenada con éxito.

La *amnesia localizada* es la incapacidad de recordar hechos durante un período restringido de tiempo, y constituye la forma más común de amnesia disociativa. La amnesia localizada puede ser más amplia que la amnesia para un solo evento traumático (p. ej., meses o años de abuso durante la infancia o una guerra intensa). En la *amnesia selectiva*, el individuo puede recordar algunos, pero no todos, los eventos durante un período de tiempo circunscrito. Por lo tanto, el individuo puede recordar parte de un evento traumático pero no otras partes. Algunas personas informan de ambas amnesias, localizada y selectiva.

La *amnesia generalizada* es la pérdida total de la memoria que abarca toda la vida del individuo y es infrecuente. Los individuos con amnesia generalizada pueden olvidar su identidad personal. También pueden no recordar algunos conocimientos previos sobre el mundo (p. ej., el conocimiento semántico)

y ya no puede acceder a sus habilidades bien aprendidas (p. ej., el conocimiento procedimental). La amnesia generalizada tiene un comienzo agudo; la perplejidad, la desorientación y la deambulación sin propósito de los individuos con amnesia generalizada llama la atención de la policía o de los servicios de urgencias psiquiátricas. La amnesia generalizada puede ser más común entre los veteranos de guerra, las víctimas de agresión sexual y los individuos que experimentan conflictos o un estrés emocional extremo. Los individuos con amnesia disociativa suelen desconocer sus problemas de memoria (o sólo son conscientes parcialmente). Muchos, especialmente los que tienen amnesia localizada, reducen al mínimo la importancia de su pérdida de la memoria y pueden llegar a sentirse incómodos cuando se les enfrenta a los hechos. En la *amnesia sistematizada,* el individuo pierde la memoria para una categoría específica de información (p. ej., todos los recuerdos relacionados con la propia familia, una persona en particular o el abuso sexual en la niñez). En la *amnesia continua,* a la persona se le olvida cada nuevo evento que ocurre desde un acontecimiento determinado hasta la actualidad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Muchos individuos con amnesia disociativa sufren una dificultad crónica en su capacidad para formar y mantener relaciones satisfactorias. Las historias de trauma, de abuso de menores y la victimización son frecuentes. Algunos individuos con amnesia disociativa informan de *flashbacks* disociativos (p. ej., la reexperimentación de los eventos traumáticos). Muchos tienen antecedentes de automutilación, de intentos de suicidio y otros comportamientos de alto riesgo. Son frecuentes los síntomas depresivos y los síntomas neurológicos funcionales, como la despersonalización, los síntomas autohipnóticos y una elevada capacidad de sufrir hipnosis. Son frecuentes las disfunciones sexuales. Una lesión cerebral traumática leve podría preceder a la amnesia disociativa.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia anual para la amnesia disociativa entre los adultos, en un pequeño estudio en la comunidad, fue del 1,8 % (del 1,0 % para los hombres y del 2,6 % para las mujeres).

Desarrollo y curso

El comienzo de la amnesia generalizada suele ser repentino. Menos se sabe acerca de la aparición de las amnesias localizadas y selectivas debido a que estas amnesias rara vez son evidentes, incluso para el individuo. Aunque los acontecimientos abrumadores o intolerables habitualmente preceden a la amnesia localizada, su aparición puede retrasarse horas, días o más tiempo.

Los individuos pueden informar de múltiples episodios de amnesia disociativa. Un solo episodio puede predisponer a episodios futuros. Entre los episodios de amnesia, puede parecer que el individuo está muy sintomático o no. La duración de los eventos olvidados puede variar desde minutos hasta décadas. Algunos episodios de amnesia disociativa se resuelven rápidamente (p. ej., cuando la persona se retira del combate o de alguna otra situación de estrés), mientras que otros episodios persisten durante largos períodos de tiempo. Algunas personas pueden recordar gradualmente los recuerdos disociados años más tarde. Las capacidades disociativas pueden disminuir con la edad, pero no siempre. A medida que la amnesia remite, puede haber una considerable angustia, conducta suicida y síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

La amnesia disociativa se ha observado en los niños pequeños, los adolescentes y los adultos. Los niños pueden ser más difíciles de evaluar, ya que a menudo tienen dificultad para entender las preguntas acerca de la amnesia, y los entrevistadores pueden tener problemas para formular estas preguntas de una manera adecuada para los niños. Las características de una aparente amnesia disociativa a menudo son difíciles de diferenciar de la falta de atención, el ensimismamiento, la ansiedad, los trastornos de conducta oposicionista y de las alteraciones del aprendizaje. Para diagnosticar la amnesia en los niños se pueden necesitar informes de varias fuentes diferentes (p. ej., los maestros, el terapeuta, el trabajador social).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Las experiencias traumáticas simples o reiteradas (p. ej., la guerra, el maltrato infantil, los desastres naturales, el internamiento en campos de concentración, el genocidio) son antecedentes

frecuentes. La amnesia disociativa es más probable que ocurra con: 1) un mayor número de experiencias adversas en la infancia, particularmente el abuso físico y/o sexual, 2) la violencia interpersonal, y 3) el aumento de la gravedad, la frecuencia y la violencia del trauma.

Genéticos y fisiológicos. No hay estudios genéticos de la amnesia disociativa. Los estudios de disociación revelan factores genéticos y ambientales significativos tanto en las muestras clínicas como en las no clínicas.

Modificadores del curso. La eliminación de las circunstancias traumáticas que subyacen a la amnesia disociativa (p. ej., el combate) puede provocar una recuperación rápida de la memoria. La pérdida de la memoria de los individuos con fuga disociativa puede ser particularmente resistente al tratamiento. El inicio de síntomas de TEPT puede disminuir la amnesia localizada, selectiva o sistematizada. La memoria que se recupera, sin embargo, puede experimentarse como *flashbacks* que se alternan con una amnesia sobre el contenido de esos *flashbacks*.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En Asia, Medio Oriente y América Latina las convulsiones no epilépticas y otros síntomas neurológicos funcionales pueden acompañar a la amnesia disociativa. En las culturas con tradiciones sociales muy restrictivas, los factores desencadenantes de la amnesia disociativa a menudo no implican un trauma explícito. En lugar de ello, la amnesia es precedida por tensiones o conflictos psicológicos graves (p. ej., conflictos de pareja, otros problemas familiares, problemas de apego, conflictos debidos a la restricción o a la opresión).

Riesgo de suicidio

Las conductas autodestructivas de tipo suicida u otras son comunes en las personas con amnesia disociativa. El comportamiento suicida puede ser un riesgo, en particular cuando la amnesia remite de repente y la memoria oprime al individuo con recuerdos intolerables.

Consecuencias funcionales de la amnesia disociativa

El deterioro de los individuos con amnesia disociativa localizada, selectiva o sistematizada oscila entre limitado y grave. Los individuos con amnesia disociativa generalizada crónica por lo general tienen un deterioro en todos los aspectos de su funcionamiento. Incluso cuando estos individuos "reaprenden" los aspectos de su historia vital, la memoria autobiográfica sigue siendo muy reducida. Muchos llegan a ser discapacitados a nivel profesional e interpersonal.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de identidad disociativo. Los individuos con amnesia disociativa pueden referir despersonalización y síntomas autohipnóticos. Los individuos con trastorno de identidad disociativo refieren interrupciones generalizadas en el sentido del yo y de la entidad, acompañados por muchos otros síntomas disociativos. Las amnesias de los individuos con amnesias disociativas localizadas, selectivas y/o sistematizadas son relativamente estables. Las amnesias del trastorno de identidad disociativo son la amnesia de los acontecimientos cotidianos, las posesiones inexplicables, las fluctuaciones bruscas en las habilidades y en el conocimiento, las lagunas mnésicas importantes en el recuerdo de la historia vital y las lagunas mnésicas breves en las interacciones interpersonales.

Trastorno de estrés postraumático. Algunos individuos con trastorno de estrés postraumático no pueden recordar parte o la totalidad de un evento traumático específico (p. ej., una víctima de violación, con síntomas de despersonalización y/o desrealización, que no puede recordar la mayoría de los eventos de todo el día de la violación). Cuando la amnesia se extiende más allá del tiempo inmediato del trauma, está justificado un diagnóstico comórbido de amnesia disociativa.

Trastornos neurocognitivos. En los trastornos neurocognitivos, la pérdida de la memoria para la información personal por lo general va unida a trastornos cognitivos, lingüísticos, afectivos, de la atención y a

trastornos del comportamiento. En la amnesia disociativa, los déficits de memoria son principalmente para la información autobiográfica, mientras que las capacidades intelectuales y cognitivas se conservan.

Trastornos relacionados con sustancias. En el contexto de intoxicación repetida con alcohol u otras sustancias/medicamentos, puede haber episodios de lagunas mnésicas o *black outs* que son acontecimientos para los cuales el individuo no tiene memoria. Para ayudar a distinguir estos episodios de la amnesia disociativa, se precisa una historia longitudinal que muestre que los episodios amnésicos se producen sólo en el contexto de la intoxicación y que no se producen en otras situaciones, para ayudar a identificar el origen relacionado con sustancias; sin embargo, la distinción puede ser difícil cuando la persona con amnesia disociativa también hace mal uso del alcohol u otras sustancias en el contexto de situaciones de estrés que, a la vez, pueden exacerbar los síntomas disociativos. Algunos individuos con comorbilidad entre trastornos de amnesia disociativa y trastornos de uso de sustancias atribuyen sus problemas de memoria únicamente al uso de sustancias. El uso prolongado de alcohol u otras sustancias puede originar un trastorno neurocognitivo inducido por sustancias que puede estar asociado con una alteración de la función cognitiva, pero en este contexto, la historia prolongada de consumo de sustancias y los déficits persistentes asociados con el trastorno neurocognitivo servirían para distinguirlo de amnesia disociativa, donde típicamente no hay evidencia de deterioro persistente en el funcionamiento intelectual.

Amnesia postraumática debida a una lesión cerebral. La amnesia se puede producir en el contexto de una lesión cerebral traumática cuando se ha producido un impacto en la cabeza o movimientos rápidos o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo. Otras características de las lesiones cerebrales traumáticas son pérdida del conocimiento, desorientación y confusión o, en casos más graves, signos neurológicos (p. ej., alteraciones en la neuroimagen, aparición de convulsiones por vez primera o un marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, déficits en el campo visual, anosmia). El trastorno neurocognitivo atribuible a la lesión cerebral traumática se debe presentar inmediatamente después de que ocurra una lesión cerebral o inmediatamente después de que el individuo recupere la conciencia después de la lesión, y persiste más allá del período posterior a la lesión aguda. La presentación cognitiva de un trastorno neurocognitivo que sigue a una lesión cerebral traumática es variable e implica dificultades en los ámbitos de la atención compleja, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, así como una velocidad lenta de procesamiento de la información y alteraciones en la cognición social. Estas características adicionales ayudan a distinguirla de la amnesia disociativa.

Trastornos convulsivos. Las personas con trastornos convulsivos pueden mostrar un comportamiento complejo, con amnesia durante las convulsiones y/o posteriormente durante el período postictal. Algunos individuos con un trastorno convulsivo inician un vagabundeo errático, sin propósito, que se limita al período de la actividad convulsiva. Por el contrario, el comportamiento durante la fuga disociativa suele ser intencionado, complejo, dirigido hacia una meta y puede durar días, semanas o más tiempo. En ocasiones, las personas con un trastorno convulsivo refieren que los recuerdos autobiográficos previos se van "borrando" según progresa el trastorno convulsivo. Tal pérdida de la memoria no está asociada con circunstancias traumáticas y parece ocurrir al azar. Los electroencefalogramas seriados suelen mostrar anomalías. La monitorización electroencefalográfica telemétrica por lo general muestra una asociación entre los episodios de amnesia y la actividad convulsiva. Las amnesias disociativas y las amnesias epilépticas pueden coexistir.

Estupor catatónico. El mutismo en el estupor catatónico puede sugerir amnesia disociativa, pero no hay alteraciones en el recuerdo. Por lo general aparecen otros síntomas catatónicos (p. ej., la rigidez, la postura, el negativismo).

Trastorno facticio y simulación. No hay ninguna prueba, batería de pruebas o conjunto de procedimientos que distinga invariablemente la amnesia disociativa de la amnesia fingida. Se ha observado que los individuos con trastorno facticio o simulación continúan con su engaño incluso durante la hipnosis o bajo los efectos de los barbitúricos. La amnesia fingida es más común en las personas con: 1) una amnesia disociativa aguda y florida, 2) problemas financieros, sexuales o jurídicos, o 3) un deseo de escapar de circunstancias estresantes. La verdadera amnesia puede estar asociada con esas

mismas circunstancias. Muchas personas que simulan lo confiesan espontáneamente o lo hacen cuando son confrontados.

Cambios normales en la memoria asociados a la edad. La disminución de la memoria en los trastornos neurocognitivos leves y graves difiere de la que se produce en la amnesia disociativa, que se asocia generalmente con eventos estresantes y es más específica, extensa y/o compleja.

Comorbilidad

Cuando la amnesia disociativa comienza a remitir, pueden surgir una amplia variedad de fenómenos afectivos: disforia, pena, rabia, vergüenza, culpa, conflictos y alteraciones psicológicas, ideación suicida y homicida, impulsos y actos. Estas personas pueden tener síntomas que cumplen con los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno depresivo mayor, otro trastorno depresivo especificado o no especificado, el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, o el trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones. Muchos individuos con amnesia disociativa desarrollan TEPT en algún momento durante su vida, especialmente cuando los antecedentes traumáticos de su amnesia regresan a la conciencia.

Muchos individuos con amnesia disociativa tienen síntomas que cumplen los criterios diagnósticos para un síntoma somático comórbido o un trastorno relacionado (y viceversa), entre ellos el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Muchos individuos con amnesia disociativa tienen síntomas que cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la personalidad, especialmente del trastorno de la personalidad dependiente, evitativa y límite.

Trastorno de despersonalización/desrealización

Criterios diagnósticos 300.6 (F48.1)

A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:
   1. **Despersonalización:** Experiencias de irrealidad, distanciamiento, o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo y embotamiento emocional y/o físico).
   2. **Desrealización:** Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).

B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno de despersonalización/desrealización son episodios persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas. Los episodios de despersonalización se caracterizan por una sensación de irrealidad o extrañeza, o un distanciamiento de uno mismo en general, o de algunos aspectos del yo (Criterio A1). El individuo puede sentirse independiente de todo su ser (p. ej., "no soy nadie", "no tengo nada de mí"). Él o ella también puede sentirse subjetivamente separado de aspectos del yo, incluyendo los sentimientos (p. ej., baja emocionalidad:

"sé que tengo sentimientos pero no puedo sentirlos"), los pensamientos (p. ej., "mis pensamientos no parecen míos", "tengo la cabeza llena de algodón"), partes del cuerpo o todo el cuerpo, o sensaciones (p. ej., el tacto, la propiocepción, el hambre, la sed, la libido). También puede haber una disminución en el sentido de la entidad (p. ej., sensación robótica, como de un autómata, que carece de control para el propio habla o los movimientos). La experiencia de la despersonalización a veces puede ser de un yo escindido, con una parte de observador y otra de participante, conocida como una "experiencia fuera del cuerpo" cuando se da en su forma más extrema. El síntoma unitario de "despersonalización" se compone de varios factores: experiencias corporales anómalas (p. ej., la irrealidad del yo y alteraciones perceptivas), entumecimiento físico o emocional y distorsiones temporales con memoria subjetiva anómala.

Los episodios de desrealización se caracterizan por una sensación de irrealidad o distanciamiento o no estar familiarizado con el mundo, ya sean individuos, objetos inanimados o todos los alrededores (Criterio A2). El individuo puede sentirse como si él o ella estuviese en una niebla, un sueño o una burbuja, o como si existiese un velo o una pared de cristal entre el individuo y el mundo que le rodea. El entorno puede verse como artificial, sin color o sin vida. La desrealización está acompañada normalmente por distorsiones visuales subjetivas, tales como visión borrosa, agudeza visual aumentada, campo visual ampliado o reducido, bidimensionalidad o planitud, exageración de la tridimensionalidad, alteraciones en la distancia o tamaño de los objetos (p. ej., macropsia o micropsia). También pueden ocurrir distorsiones auditivas, silenciándose o acentuándose las voces o los sonidos. Además, el criterio C requiere la presencia de un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y los Criterios D y E describen diagnósticos excluyentes.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización pueden tener dificultades para describir sus síntomas y pueden pensar que están "locos" o "volviéndose locos". Otra experiencia frecuente es el temor a un daño cerebral irreversible. Un síntoma común asociado es una alteración subjetiva del sentido del tiempo (p. ej., demasiado rápido o demasiado lento), así como una dificultad subjetiva para recordar vívidamente las memorias del pasado y para ser dueño de las mismas, tanto personal como emocionalmente. Los síntomas somáticos tenues, como la saturación de la cabeza, el hormigueo o la sensación de desmayo, no son infrecuentes. Las personas pueden sufrir una preocupación obsesiva y una rumiación marcada (p. ej., se obsesionan constantemente sobre si realmente existen o controlan sus percepciones para determinar si parecen reales). También son características asociadas frecuentes diversos grados de ansiedad y depresión. Se ha observado que las personas con este trastorno tienden a tener una hiporreactividad fisiológica a los estímulos emocionales. Sustratos neuronales de interés son el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, el lóbulo parietal inferior y los circuitos de la corteza prefrontal-límbica.

Prevalencia

Los síntomas de despersonalización/desrealización transitorios que duran unas horas son comunes en la población general. La prevalencia a los 12 meses para el trastorno de despersonalización/desrealización se cree que es marcadamente menor que para los síntomas transitorios, aunque no se dispone de estimaciones precisas para el trastorno. En general, aproximadamente la mitad de todos los adultos han experimentado al menos un episodio en la vida de despersonalización/desrealización. Sin embargo, la sintomatología que cumple con todos los criterios para el trastorno de despersonalización/desrealización es mucho menos común que los síntomas transitorios. La prevalencia vital en Estados Unidos y en los países aparte de Estados Unidos es de aproximadamente el 2 % (rango del 0,8 al 2,8 %). La proporción del género para el trastorno es 1:1.

Desarrollo y curso

La edad media de inicio de los síntomas del trastorno de despersonalización/desrealización es de 16 años, aunque el trastorno puede comenzar a principios o a mediados de la infancia, y una minoría no puede

recordar no haber tenido síntomas. Menos del 20 % de los casos aparece después de la edad de 20 años y sólo el 5 % después de los 25 años. La aparición en la cuarta década de la vida o más tarde es muy inusual. El inicio puede ser extremadamente repentino o gradual. La duración de los episodios del trastorno de despersonalización/desrealización puede variar ampliamente, desde breves (horas o días) a prolongados (semanas, meses o años). Dada la rareza del inicio del trastorno después de los 40 años de edad, en estos casos se debería examinar detenidamente la existencia de afecciones médicas subyacentes en el individuo (p. ej., lesiones en el cerebro, trastornos convulsivos, apnea del sueño). El curso de la enfermedad es a menudo crónico. En alrededor de un tercio de los casos se trata de episodios separados, otro tercio presenta síntomas continuos desde el principio, y otra tercera parte tiene un curso inicialmente episódico que con el tiempo se convierte en continuo. Mientras que en algunos individuos la intensidad de los síntomas puede aumentar y disminuir considerablemente, otros refieren un nivel constante de intensidad que, en los casos extremos, puede aparecer constantemente durante años o décadas. Los factores internos y externos que afectan a la intensidad de los síntomas varían entre los individuos, aunque se documentan algunos patrones típicos. Las exacerbaciones se pueden provocar por el estrés, por el empeoramiento del humor o de los síntomas de ansiedad, por las circunstancias estimulantes o sobreestimulantes nuevas y por los factores físicos, como la iluminación o la falta de sueño.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización se caracterizan por presentar un temperamento evitativo de daños, defensas inmaduras y tanto esquemas de desconexión como de sobreconexión. La defensas inmaduras, como la idealización/devaluación, la proyección y el mal comportamiento, conllevan la negación de la realidad y una mala adaptación. Los *esquemas cognitivos de desconexión* reflejan una deficiencia e inhibición emocionales y suelen corresponderse con temas de abuso, negligencia y privación. *Los esquemas de sobreconexión* implican una autonomía deteriorada y suelen corresponderse con dependencia, vulnerabilidad e incompetencia.

Ambientales. Existe una clara asociación, en una parte sustancial de los individuos, entre la enfermedad y los traumas interpersonales en la infancia, aunque esta asociación no es tan frecuente o tan extrema, en la naturaleza de los traumas, como en otros trastornos disociativos, tales como el trastorno de identidad disociativo. En particular, el abuso emocional y la negligencia emocional son los que se han asociado más amplia y constantemente con el trastorno. Otros factores estresantes pueden incluir el abuso físico, ser testigos de violencia doméstica, crecer con un progenitor que padece un trastorno mental severo, o la muerte inesperada o el suicidio de un familiar o amigo cercano. El abuso sexual es un antecedente mucho menos común, pero posible. Los factores precipitantes más comunes son el estrés grave (interpersonal, financiero, laboral), la depresión, la ansiedad (en particular los ataques de pánico) y el uso de drogas ilícitas. Los síntomas se pueden inducir por sustancias específicas, como el tetrahidrocannabinol, los alucinógenos, la ketamina, la MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina o "éxtasis") y la salvia. El consumo de marihuana puede precipitar un comienzo simultáneo de ataques de pánico y síntomas de despersonalización/desrealización.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las experiencias que inducen voluntariamente estados de despersonalización/desrealización pueden ser una parte de las prácticas de meditación que prevalecen en muchas religiones y culturas, y no se deben diagnosticar como un trastorno. Sin embargo, hay personas que inicialmente se inducen estos estados de forma intencionada, pero con el tiempo pueden perder el control sobre ellos y pueden desarrollar miedo y aversión por las prácticas relacionadas.

Consecuencias funcionales del trastorno de despersonalización/desrealización

Los síntomas del trastorno de despersonalización/desrealización son altamente preocupantes y se asocian con una importante morbilidad. La actitud afectiva aplanada y robótica que estas personas

demuestran a veces puede parecer incongruente con el extremo dolor emocional comunicado por los individuos con el trastorno. El deterioro se experimenta a menudo tanto en las esferas laborales como interpersonales, en gran parte debido a la baja emocionalidad con los demás, a la dificultad subjetiva en el enfoque y la retención de la información, y a una sensación general de desconexión de la vida.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Aunque los individuos con trastorno de despersonalización/desrealización pueden presentar síntomas somáticos vagos, así como el temor a un daño cerebral permanente, el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización se caracteriza por la presencia de una constelación de síntomas típicos de despersonalización/desrealización y por la ausencia de otras manifestaciones del trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno depresivo mayor. La sensaciones de entumecimiento, falta de vida, apatía y de estar en un sueño no son inusuales en los episodios depresivos mayores. Sin embargo, en el trastorno de despersonalización/desrealización estos síntomas están asociados con otros síntomas de este trastorno. Si la despersonalización/desrealización precede claramente a la aparición de un episodio depresivo mayor o claramente continúa después de su resolución, se realizaría el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Algunos individuos con trastorno de despersonalización/desrealización pueden llegar a estar obsesivamente preocupados por su experiencia subjetiva o por desarrollar rituales de verificación sobre el estado de sus síntomas. Sin embargo, no están presentes otros síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo no relacionados con la despersonalización/desrealización.

Otros trastornos disociativos. Para diagnosticar el trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas no deben ocurrir en el contexto de otro trastorno disociativo, tales como el trastorno de identidad disociativo. La diferenciación de la amnesia disociativa y el trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) es más sencillo, ya que los síntomas de estos trastornos no se superponen con los del trastorno de despersonalización/desrealización.

Trastornos de ansiedad. La despersonalización/desrealización es uno de los síntomas más comunes de los ataques de pánico conforme aumenta la severidad del ataque de pánico. Por lo tanto, el trastorno de despersonalización/desrealización no se debería diagnosticar cuando los síntomas aparecen sólo durante los ataques de pánico que son parte de un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad social o una fobia específica. Además, no es raro que los síntomas de despersonalización/desrealización se inicien por primera vez en el contexto de los ataques de pánico de nuevo inicio, o según el trastorno de pánico progresa y empeora. En estas presentaciones, el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización se puede hacer si: 1) el componente de despersonalización/desrealización de la presentación es muy destacado desde el principio, superando claramente en duración e intensidad al ataque de pánico real, o 2) la despersonalización/desrealización continúa después de que el trastorno de pánico haya remitido o haya sido tratado con éxito.

Trastornos psicóticos. La presencia de un juicio de realidad intacto durante los síntomas de despersonalización/desrealización es esencial para la diferenciación entre un trastorno de despersonalización/desrealización y los trastornos psicóticos. Infrecuentemente, los síntomas positivos de la esquizofrenia pueden plantear un problema diagnóstico cuando se presentan delirios nihilistas. Por ejemplo, un individuo puede quejarse de que él o ella está muerto/a y de que el mundo no es real, lo que podría ser tanto una experiencia subjetiva que el individuo sabe que no es cierta, o bien una creencia delirante.

Trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. La despersonalización/desrealización asociada con los efectos fisiológicos de sustancias durante la intoxicación aguda o la abstinencia no se diagnostica como trastorno de despersonalización/desrealización. Las sustancias comunes más desencadenantes son la marihuana, los alucinógenos, la ketamina, el éxtasis y la salvia. En aproximada-

mente el 15 % de todos los casos de trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas se precipitan por la ingesta de tales sustancias. Si los síntomas persisten durante algún tiempo después, y en ausencia de cualquier uso de sustancias o medicamentos adicionales, se realizaría el diagnóstico de trastorno de despersonalización/desrealización. Este diagnóstico es generalmente fácil de establecer, ya que la gran mayoría de las personas con esta presentación desarrolla una fuerte fobia y aversión a la sustancia y no vuelve a usarla de nuevo.

Trastornos mentales debidos a otra afección médica. Características tales como la aparición después de la edad de 40 años o la presencia de síntomas atípicos en cualquier individuo sugieren la posibilidad de una afección médica subyacente. En tales casos, es esencial llevar a cabo una evaluación médica y neurológica completas, que pueden comprender estudios estándar de laboratorio, serologías virales, un electroencefalograma, pruebas vestibulares, pruebas visuales, estudios del sueño y/o imágenes del cerebro. Cuando la sospecha de un trastorno subyacente parece difícil de confirmar, puede estar indicado un electroencefalograma ambulatorio; a pesar de que la epilepsia del lóbulo temporal suele ser la más comúnmente implicada, también pueden estar asociadas las epilepsias del lóbulo parietal y frontal.

Comorbilidad

En una muestra de adultos reclutados para una serie de estudios de investigación de la despersonalización, las comorbilidades de por vida son altas para el trastorno depresivo unipolar y para cualquier trastorno de ansiedad, con una proporción significativa de la muestra con ambos trastornos. La comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático es baja. Los tres trastornos de la personalidad que más comúnmente aparecen de forma conjunta son el trastorno de la personalidad evitativa, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Otro trastorno disociativo especificado

300.15 (F44.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos. La categoría de otro trastorno disociativo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disociativo específico. Esto se hace registrando "otro trastorno disociativo especificado", seguido del motivo específico (p. ej., "trance disociativo").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos:** Esta categoría incluye el trastorno de identidad asociado a interrupciones no demasiado intensas del sentido del yo y del sentido de la entidad, o alteraciones de la identidad o episodios de posesión en un individuo que refiere amnesia no disociativa.
2. **Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa:** Los individuos que han estado sometidos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., lavado de cerebro, reforma de las ideas, adoctrinamiento durante el cautiverio, tortura, encarcelamiento político prolongado, reclutamiento por sectas/cultos religiosos o por organizaciones criminales) pueden presentar cambios prolongados de su identidad o duda consciente acerca de su identidad.
3. **Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes:** Esta categoría se aplica a afecciones agudas transitorias que duran por lo general menos de un mes y, en ocasiones, solamente unas horas o días. Estas afecciones se caracterizan por la presencia de limitación de la consciencia, despersonalización, desrealización, alteraciones de la percepción (p. ej., lentitud del tiempo,

macropsia), microamnesias, estupor transitorio, y/o alteraciones del funcionamiento sensitivo-motor (p. ej., analgesia, parálisis).

4. **Trance disociativo:** Esta afección se caracteriza por la reducción aguda o la pérdida completa de la consciencia del entorno inmediato que se manifiesta como apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno. La apatía puede ir acompañada de comportamientos estereotipados mínimos (p. ej., movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/o que no controla, así como de parálisis transitoria o pérdida de la consciencia. La alteración no es una parte normal de ninguna práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Trastorno disociativo no especificado

300.15 (F44.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos. La categoría del trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno disociativo específico, e incluye presentaciones para las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

Los trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos con manifestaciones somáticas importantes constituyen una nueva categoría en el DSM- 5 llamada trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Este capítulo incluye los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión (o trastorno de síntomas neurológicos funcionales), factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio, otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados, y trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados. Todos los trastornos de este capítulo comparten una característica común: la importancia de los síntomas somáticos asociados con un malestar y deterioro significativos. Frecuentemente aparecen personas con trastornos con síntomas somáticos manifiestos en los centros de atención primaria y en otros centros médicos, pero lo hacen con menos frecuencia en el ámbito de la psiquiatría y en otros centros relacionados con salud mental y la psiquiatría. Estos diagnósticos se han conceptualizado de nuevo basándose en una reorganización de los diagnósticos de los trastornos somatomorfos del DSM-IV, para que sean de mayor utilidad para los médicos clínicos no psiquiatras y en el ámbito de la atención primaria.

En el principal diagnóstico en esta categoría, el trastorno de síntomas somáticos, resalta la realización del diagnóstico basándose en los síntomas positivos y los signos (síntomas somáticos angustiantes y pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas), más que en la ausencia de una explicación médica para los síntomas somáticos. Una característica distintiva de muchas personas con trastorno de síntomas somáticos no son los síntomas somáticos en sí mismos, sino la forma en que los presentan e interpretan. La incorporación de componentes afectivos, cognitivos y conductuales en los criterios para el trastorno de síntomas somáticos proporciona una reflexión más amplia y precisa del verdadero cuadro clínico que se podría obtener al evaluar no sólo las quejas somáticas.

Las bases en las que subyacen los cambios en los diagnósticos de los síntomas somáticos y trastornos relacionados son clave en la comprensión de los diagnósticos del DSM-5. El término de *trastornos somatomorfos* que aparece en el DSM-IV es confuso y se sustituye por *trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados*. En el DSM-IV hay un alto grado de superposición entre los trastornos somatomorfos y la falta de claridad en los límites de los diagnósticos. Puesto que las personas con estos trastornos se presentan principalmente en los centros médicos en lugar de en los centros de salud mental, los médicos no psiquiatras encuentran los trastornos somatomorfos del DSM-IV difíciles de entender y utilizar. La clasificación actual del DSM-5 reconoce este solapamiento y reduce el número total de trastornos, así como sus subcategorías.

Los criterios anteriores se centran en la importancia de los síntomas sin explicación médica. Tales síntomas aparecen en diversa medida, en particular, en el trastorno de conversión, pero los trastornos de síntomas somáticos también pueden acompañar a otros trastornos médicos diagnosticados. La fiabilidad de la determinación de que un síntoma somático carece de explicación médica es limitada, y elaborar un diagnóstico en ausencia de tal explicación es problemático y refuerza el dualismo mente-cuerpo. No es apropiado diagnosticar a una persona un trastorno mental sólo por el hecho de que no se pueda demostrar una causa médica. Además, la presencia de un diagnóstico médico no excluye la posibilidad de un trastorno mental concomitante, incluyendo el trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Tal vez a causa del enfoque predominante en la falta de explicación médica, los individuos consideran estos diagnósticos peyorativos y degradantes, y que implican que sus síntomas físicos no son "reales". La nueva clasificación define el principal diagnóstico, el trastorno de síntomas somáticos, basándose en los síntomas positivos (los síntomas somáticos angustiosos más los pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas). Sin embargo, los síntomas sin explicación

<= Ir a la Clasificación

médica siguen siendo una característica clave en el trastorno de conversión y en la pseudociesis (otro trastorno de síntomas somáticos y trastorno relacionado especificados) porque es posible demostrar que los síntomas, en dichos trastornos, no son congruentes con ninguna fisiopatología médica.

Es importante señalar que inicialmente algunos otros trastornos mentales pueden manifestarse principalmente por síntomas somáticos (p. ej., el trastorno depresivo mayor, el trastorno de pánico). Tales diagnósticos pueden ser los responsables de los síntomas somáticos o pueden aparecer junto con uno de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados de este capítulo. También existe una considerable comorbilidad médica entre los individuos somatizadores. Aunque los síntomas somáticos se asocian con frecuencia a sufrimiento psicológico y a psicopatología, algunos de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados pueden surgir espontáneamente, y sus causas pueden permanecer ocultas. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos pueden acompañar a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. El componente somático añade gravedad y complejidad a los trastornos depresivos y de ansiedad, y provoca una mayor gravedad, deterioro funcional e incluso refractariedad a los tratamientos tradicionales. En casos infrecuentes, el grado de preocupación puede ser tan grave como para justificar la consideración de un diagnóstico de trastorno delirante.

Un número de factores puede contribuir a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, entre los que están la vulnerabilidad genética y biológica (p. ej., el aumento de la sensibilidad al dolor), las experiencias traumáticas tempranas (p. ej., la violencia, el abuso, la deprivación) y el aprendizaje (p. ej., la atención que obtienen debido a la enfermedad, la falta de refuerzo de las expresiones no somáticas de la angustia), así como las normas culturales/sociales que devalúan y estigmatizan el sufrimiento psicológico en comparación con el sufrimiento físico. Las diferencias en la atención médica a través de las culturas afectan a la presentación, el reconocimiento y la gestión de estas presentaciones somáticas. Las variaciones en la presentación de los síntomas son probablemente el resultado de la interacción de múltiples factores dentro de los contextos culturales, que afectan a la forma en que los individuos identifican y clasifican las sensaciones corporales, perciben la enfermedad y buscan atención médica para ellas. Por lo tanto, las presentaciones somáticas pueden ser consideradas como expresiones de sufrimiento personal dentro de un determinado contexto cultural y social.

Todos estos trastornos se caracterizan por una atención importante a las preocupaciones somáticas y a su presentación inicial, principalmente en los centros médicos en lugar de en los centros de salud mental. El trastorno de síntomas somáticos ofrece un método con mayor utilidad clínica para clasificar a los individuos que en el pasado se podrían haber diagnosticado de trastorno de somatización. Además, aproximadamente el 75 % de los individuos diagnosticados previamente de hipocondría se incluye bajo el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, alrededor del 25 % de las personas con hipocondría tiene alto grado de ansiedad por la salud en ausencia de síntomas somáticos, y muchos de los síntomas de estos individuos no se considerarían para un diagnóstico de trastorno de ansiedad. En el DSM-5, el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad sería el adecuado para este último grupo de individuos. El trastorno de ansiedad por enfermedad se podría considerar un diagnóstico de esta sección o un trastorno de ansiedad. Debido a su fuerte enfoque sobre las preocupaciones somáticas y a que el trastorno de ansiedad por enfermedad se ve más a menudo en los centros médicos, se le sitúa, para una mayor utilidad, en la lista de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el trastorno de conversión, la característica esencial es la presencia de síntomas neurológicos, y tras una evaluación neurológica adecuada se determinará que no son compatibles con la fisiopatología neurológica. Los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas también se incluyen en este capítulo. Su característica esencial es la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica y aumentan el riesgo de sufrimiento, muerte o incapacidad. Al igual que otros trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, los trastornos facticios expresan problemas persistentes en la percepción de la enfermedad y la identidad. En la gran mayoría de los casos notificados de trastorno facticio, impuesto a sí mismo o a otros, los individuos se presentan con síntomas somáticos y la convicción de una enfermedad médica. En consecuencia, en el DSM-5 el trastorno facticio está incluido entre los síntomas somáticos y trastornos relacionados. En el caso de otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados y otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados se trata de enfermedades en las que se cumplen algunos pero no todos los criterios de trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad, así como en la pseudociesis.

Trastorno de síntomas somáticos

Criterios diagnósticos 300.82 (F45.1)

A. Uno o más síntomas somáticos que causan malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.

B. Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud, como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.
2. Grado persistentemente elevado de ansiedad acerca de la salud o los síntomas.
3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.

C. Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el estado sintomático es persistente (por lo general más de seis meses).

Especificar si:

Con predominio de dolor (antes trastorno doloroso): este especificador se aplica a individuos cuyos síntomas somáticos implican sobre todo dolor.

Especificar si:

Persistente: Un curso persistente se caracteriza por la presencia de síntomas intensos, alteración importante y duración prolongada (más de seis meses).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sólo se cumple uno de los síntomas especificados en el Criterio B.
Moderado: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B.
Grave: Se cumplen dos o más de los síntomas especificados en el Criterio B y además existen múltiples quejas somáticas (o un síntoma somático muy intenso).

Características diagnósticas

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos suelen presentar múltiples síntomas somáticos que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria (Criterio A), aunque algunas veces sólo aparece un síntoma grave, con mayor frecuencia el dolor. Los síntomas pueden ser específicos (p. ej., el dolor localizado) o relativamente inespecíficos (p. ej., la fatiga). Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave. Los síntomas somáticos sin explicación médica evidente no son suficientes para hacer el diagnóstico. El sufrimiento del individuo es auténtico, se explique o no médicamente.

Los síntomas pueden estar o no asociados con otra afección médica. Los diagnósticos de trastorno de síntomas somáticos y de una enfermedad médica conjunta no son mutuamente excluyentes, y con frecuencia se presentan juntos. Por ejemplo, un individuo podría estar gravemente discapacitado por los síntomas de un trastorno de síntomas somáticos después de un infarto no complicado de miocardio incluso aunque el propio infarto de miocardio no haya producido ninguna discapacidad. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de desarrollarla (p. ej., una fuerte historia familiar asociada) los pensamientos, sentimientos y comportamientos asociados con esta afección son excesivos (Criterio B).

Los individuos con trastorno de síntomas somáticos tienden a tener niveles muy altos de preocupación por la enfermedad (Criterio B). Evalúan indebidamente sus síntomas corporales y los consideran amenazadores, perjudiciales o molestos, y a menudo piensan lo peor sobre su salud. Incluso cuando hay pruebas de lo contrario, algunos pacientes todavía temen que sus síntomas sean graves.

En el trastorno de síntomas somáticos graves, los problemas de salud pueden asumir un papel central en la vida del individuo, convirtiéndose en un rasgo de su identidad y dominando sus relaciones interpersonales. Las personas suelen experimentar un malestar que se centra principalmente en los síntomas somáticos y su significado. Cuando se les pregunta directamente acerca de su malestar, algunas personas lo describen también en relación con otros aspectos de sus vidas, mientras que otros niegan cualquier fuente de angustia aparte de los síntomas somáticos. La calidad de vida relacionada con la salud a menudo se ve afectada, tanto física como mentalmente. En el trastorno de síntomas somáticos graves el deterioro es característico, y cuando es persistente, el trastorno puede dar lugar a invalidez.

A menudo hay un alto grado de utilización de la atención médica, lo que rara vez alivia al individuo de sus preocupaciones. En consecuencia, el paciente puede recibir atención médica de varios médicos para los mismos síntomas. Estos individuos a menudo parecen no responder a las intervenciones médicas, y las nuevas intervenciones pueden exacerbar la presentación de los síntomas. Algunos individuos con este trastorno parecen inusualmente sensibles a los efectos secundarios de los medicamentos. Algunos sienten que su evaluación médica y el tratamiento no han sido suficientes.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características cognitivas incluyen una atención centrada en los síntomas somáticos, la atribución de las sensaciones corporales normales a una enfermedad física (posiblemente con interpretaciones catastróficas), preocupaciones acerca de la enfermedad y el temor de que cualquier actividad física puede dañar el cuerpo. Las características de comportamiento relevantes asociadas pueden ser la repetida comprobación corporal de anomalías, la búsqueda repetitiva de atención médica y seguridad y la evitación de la actividad física. Estas características de comportamiento son más pronunciadas en los trastornos de síntomas somáticos graves y persistentes. Estas características se asocian generalmente a frecuentes consultas de consejo médico para diferentes síntomas somáticos. Esto puede dar lugar a consultas médicas en las que los individuos están tan centrados en sus preocupaciones acerca del síntoma o los síntomas somáticos que la conversación no se puede redirigir hacia otros asuntos. Cualquier intento de tranquilizar por parte del médico y de explicar que los síntomas no son indicativos de una enfermedad física grave suele ser efímero, y/o los individuos lo experimentan como si el médico no tomara sus síntomas con la debida seriedad. Puesto que centrarse en los síntomas somáticos es una característica principal de la enfermedad, las personas con trastorno de síntomas somáticos suelen acudir a los servicios generales de salud médica en lugar de a los servicios de salud mental. La sugerencia de una derivación a un especialista de salud mental a los individuos con un trastorno de síntomas somáticos pueden vivirla con sorpresa o incluso con franco rechazo.

Puesto que el trastorno de síntomas somáticos se asocia con trastornos depresivos, existe un mayor riesgo de suicidio. No se sabe si el trastorno de síntomas somáticos se asocia con el riesgo de suicidio independientemente de su asociación con los trastornos depresivos.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es desconocida. Sin embargo, se cree que la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es más alta que la del trastorno de somatización del DSM-IV (< 1 %), que es más restrictivo, pero es menor que la de trastorno somatomorfo indiferenciado (aproximadamente un 19 %). La prevalencia del trastorno de síntomas somáticos en la población adulta general puede estar entre el 5 y el 7 %. Las mujeres tienden a referir más síntomas somáticos que los varones y la prevalencia del trastorno de síntomas somáticos es probablemente, a consecuencia de esto, mayor en las mujeres.

Desarrollo y curso

En las personas mayores, los síntomas somáticos y las enfermedades médicas concurrentes son frecuentes, por lo que es crucial para hacer el diagnóstico un enfoque en el Criterio B. El trastorno de síntomas somáticos puede estar infradiagnosticado en los adultos mayores, ya sea porque ciertos síntomas somáticos (p. ej., el dolor, la fatiga) se consideran parte del envejecimiento normal o porque la preocupación por la enfermedad se considera "comprensible" en las personas mayores, que generalmente tienen más enfermedades médicas y necesitan más medicamentos que las personas más jóvenes. El trastorno depresivo concomitante es común en las personas mayores que se presentan con numerosos síntomas somáticos.

En niños, los síntomas más comunes son dolor abdominal recurrente, el dolor de cabeza, la fatiga y las náuseas. Es más frecuente que predomine un solo síntoma en los niños que en los adultos. Pese a que los niños pequeños pueden tener quejas somáticas, es raro que se preocupen por la "enfermedad" *per se* antes de la adolescencia. La respuesta de los padres ante los síntomas es importante, ya que esto puede determinar el nivel de angustia asociada. Los padres pueden ser determinantes en la interpretación de los síntomas, en el tiempo que faltan a la escuela y en la búsqueda de ayuda médica.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. El rasgo de la personalidad de afectividad negativa (neuroticismo) se ha identificado como un factor de correlación/riesgo independiente de un gran número de síntomas somáticos. La comorbilidad con la ansiedad o la depresión es frecuente y puede agravar los síntomas y el deterioro.

Ambientales. El trastorno de síntomas somáticos es más frecuente en los individuos con escasa escolarización de educación y bajo nivel socioeconómico, y en aquellos que han experimentado recientemente eventos estresantes en sus vidas.

Modificadores del curso. Los síntomas somáticos persistentes se asocian con determinadas características demográficas (el sexo femenino, más edad, escasa escolarización, un nivel socioeconómico bajo, el desempleo), con los antecedentes de abuso sexual u otra adversidad en la niñez, con una enfermedad física crónica concomitante o trastornos psiquiátricos (la depresión, la ansiedad, el trastorno depresivo persistente [distimia], el pánico), con el estrés social y con factores de reforzamiento social, tales como los beneficios de la enfermedad. Los factores cognitivos que afectan a la evolución clínica son la sensibilización al dolor, una mayor atención a las sensaciones corporales y la atribución de los síntomas corporales a una posible enfermedad médica en lugar de reconocerlas como un fenómeno normal o de estrés psicológico.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los síntomas somáticos son prominentes en diversos "síndromes asociados a la cultura". Se ha encontrado un elevado número de síntomas somáticos en los estudios poblacionales y de atención primaria de todo el mundo, con un patrón similar de los síntomas somáticos, deterioro y búsqueda de tratamiento. La relación entre el número de síntomas somáticos y la preocupación por la enfermedad es similar en las diferentes culturas, y se asocia una marcada preocupación por la enfermedad con un mayor deterioro y con búsqueda de tratamiento en todas las culturas. La relación entre los numerosos síntomas somáticos y la depresión parece ser muy similar en todo el mundo y entre las diferentes culturas dentro de un mismo país.

A pesar de estas similitudes, existen diferencias en los síntomas somáticos entre culturas y grupos étnicos. La descripción de los síntomas somáticos varía con el idioma y otros factores culturales específicos. Estas presentaciones somáticas se han descrito como "expresiones de malestar" porque los síntomas somáticos pueden tener un significado especial y determinan la interacción clínico-paciente en los contextos culturales específicos. El "agotamiento", la sensación de pesadez o las quejas de "gases", un exceso de calor en el cuerpo o el ardor en la cabeza son ejemplos de síntomas que son comunes en algunas culturas o grupos étnicos, pero infrecuentes en otras. Los modelos explicativos también varían y los síntomas somáticos se pueden atribuir a diversas causas, como el estrés personal, familiar, laboral o ambiental, una enfermedad médica general, la represión de los sentimientos de ira y resentimiento, o ciertos fenómenos específicos de la cultura, como la pérdida de semen. También puede haber diferencias entre los grupos culturales en cuanto al tratamiento médico que se busca, además de diferencias debidas a la variabilidad de acceso a los servicios de atención médica. La búsqueda de tratamiento para múltiples síntomas somáticos en las consultas de medicina general constituye un fenómeno mundial y sucede con tasas similares entre los diferentes grupos étnicos de un mismo país.

Consecuencias funcionales del trastorno de síntomas somáticos

El trastorno se asocia con un deterioro importante del estado de salud. Es probable que muchos individuos con trastorno de síntomas somáticos graves tengan un deterioro de más de 2 desviaciones estándar por debajo de la población normal en la clasificación del estado de salud.

Diagnóstico diferencial

Si los síntomas somáticos son congruentes con otro trastorno mental (p. ej., el trastorno de pánico) y los criterios diagnósticos para este trastorno se cumplen, entonces el trastorno mental debería considerarse una alternativa o un diagnóstico adicional. El diagnóstico por separado de trastorno de síntomas somáticos no se realiza si los síntomas somáticos y los pensamientos, sentimientos o comportamientos relacionados aparecen sólo durante los episodios depresivos mayores. Si, como suele ocurrir, se cumplen los criterios tanto para el trastorno de síntomas somáticos como para el otro diagnóstico de trastorno mental, se deberían codificar ambos trastornos, puesto que ambos pueden necesitar tratamiento.

Otras condiciones médicas. La presencia de síntomas somáticos de etiología poco clara no es de por sí suficiente para hacer el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos. Los síntomas de muchos individuos con trastornos, como el síndrome del intestino irritable o la fibromialgia, no satisfacen los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos (Criterio B). Por el contrario, la presencia de síntomas somáticos de un trastorno médico establecido (p. ej., la diabetes o las enfermedades cardíacas) no excluye el diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos si se cumplen los criterios.

Trastorno de pánico. En el trastorno de pánico, los síntomas somáticos y la ansiedad por la salud tienden a aparecer en los episodios agudos, mientras que, en el trastorno de síntomas somáticos, la ansiedad y los síntomas somáticos son más persistentes.

Trastorno de ansiedad generalizada. Los individuos con trastorno de ansiedad generalizada tienen preocupaciones por múltiples sucesos, situaciones o actividades, y sólo alguna de ellas puede implicar la salud. Los síntomas somáticos o el miedo a la enfermedad no suelen ser el foco principal, como lo es en el trastorno de síntomas somáticos.

Trastornos depresivos. Los trastornos depresivos están acompañados frecuentemente por síntomas somáticos. Sin embargo, los trastornos depresivos se diferencian del trastorno de síntomas somáticos por los síntomas depresivos centrales de bajo (disfórico) estado de ánimo y por la anhedonia.

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Si el individuo tiene grandes preocupaciones acerca de la salud, pero sin síntomas somáticos, o solamente mínimos, podría ser más apropiado considerar el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En el trastorno de conversión, el síntoma es la pérdida de la función (p. ej., de una extremidad), mientras que en el trastorno de síntomas somáticos la atención se centra en la angustia que causan los síntomas concretos. Las características enumeradas en el Criterio B del trastorno de síntomas somáticos pueden ser útiles para diferenciar los dos trastornos.

Trastorno delirante. En el trastorno de síntomas somáticos, las creencias de la persona de que los síntomas somáticos podrían reflejar una enfermedad física subyacente grave no tienen una intensidad delirante. Las creencias del individuo en relación con los síntomas somáticos pueden ser mantenidas firmemente. Por el contrario, en el trastorno delirante, subtipo somático, las creencias sobre los síntomas somáticos y el comportamiento son más fuertes que las que se encuentran en el trastorno de síntomas somáticos.

Trastorno dismórfico corporal. En el trastorno dismórfico corporal, el individuo está excesivamente intranquilo y preocupado por un defecto percibido en sus características físicas. Por el contrario, en el trastorno de síntomas somáticos la preocupación acerca de los síntomas somáticos refleja el miedo a una enfermedad subyacente, no a un defecto en la apariencia.

Trastorno obsesivo-compulsivo. En el trastorno de síntomas somáticos, las ideas recurrentes sobre los síntomas o las enfermedades somáticas son menos intrusivas, y las personas con este trastorno no muestran las conductas repetitivas asociadas, encaminadas a reducir la ansiedad, que tienen lugar en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Comorbilidad

El trastorno de síntomas somáticos presenta una alta comorbilidad con trastornos médicos, así como con trastornos de ansiedad y depresivos. Cuando existe una enfermedad médica concurrente, el

grado de deterioro es más marcado de lo que cabría esperar por la enfermedad física en sí misma. Cuando los síntomas de un individuo cumplen con los criterios de diagnóstico de trastorno de síntomas somáticos, se debería diagnosticar este trastorno; sin embargo, dada la frecuente comorbilidad de este trastorno, en especial con los trastornos depresivos y de ansiedad, se debería buscar la evidencia de que concurren estos diagnósticos.

Trastorno de ansiedad por enfermedad

Criterios diagnósticos 300.7 (F45.21)

A. Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
B. No existen síntomas somáticos o, si están presentes, son únicamente leves. Si existe otra afección médica o un riesgo elevado de presentar una afección médica (p. ej., antecedentes familiares importantes), la preocupación es claramente excesiva o desproporcionada.
C. Existe un grado elevado de ansiedad acerca de la salud, y el individuo se alarma con facilidad por su estado de salud.
D. El individuo tiene comportamientos excesivos relacionados con la salud (p. ej., comprueba repetidamente en su cuerpo si existen signos de enfermedad) o presenta evitación por mala adaptación (p. ej., evita las visitas al clínico y al hospital).
E. La preocupación por la enfermedad ha estado presente al menos durante seis meses, pero la enfermedad temida específica puede variar en ese período de tiempo.
F. La preocupación relacionada con la enfermedad no se explica mejor por otro trastorno mental, como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo-compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático.

Especificar si:

Tipo con solicitud de asistencia: Utilización frecuente de la asistencia médica, que incluye visitas al clínico o pruebas y procedimientos.

Tipo con evitación de asistencia: Raramente se utiliza la asistencia médica.

Características diagnósticas

La mayoría de las personas con hipocondría ahora son clasificadas como un trastorno de síntomas somáticos; sin embargo, en una minoría de los casos será más apropiado utilizar en su lugar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad implica una preocupación por tener o adquirir una enfermedad médica grave no diagnosticada (Criterio A). No aparecen síntomas somáticos o, si lo hacen, sólo son de intensidad leve (Criterio B). Una evaluación completa no logra identificar una afección médica seria que justifique las preocupaciones de la persona. Pese a que la preocupación se podría deber a la señal o sensación física no patológica, la angustia del individuo no proviene fundamentalmente de la propia dolencia física, sino más bien de su ansiedad sobre la importancia, el significado o la causa de dicha dolencia (esto es, la sospecha de un diagnóstico médico). Cuando existen una señal física o un síntoma, a menudo se trata de una sensación fisiológica normal (p. ej., los mareos ortostáticos), una disfunción benigna y autolimitada (p. ej., los tinnitus transitorios) o un malestar corporal que no se considera generalmente indicativo de enfermedad (p. ej., los eructos). Cuando aparece una afección médica diagnosticable, la ansiedad y la preocupación de la persona son claramente excesivas y desproporcionadas a la gravedad de la enfermedad (Criterio B). Los datos científicos empíricos y la bibliografía existentes se refieren a la definición previa de hipocondría según el DSM, y no está claro en qué medida y con qué precisión se pueden aplicar a la descripción de este nuevo diagnóstico.

La preocupación por la idea de que se está enfermo se acompaña de una ansiedad considerable sobre la salud y la enfermedad (Criterio C). Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad

se alarman fácilmente con las enfermedades, al oír que alguien se ha puesto enfermo o al leer noticias sobre historias relacionadas con la salud. Su preocupación por la enfermedad no diagnosticada no responde a la certeza médica, las pruebas diagnósticas negativas o a un curso benigno. Los intentos del médico de tranquilizar y paliar los síntomas generalmente no alivian la preocupación del individuo y pueden aumentarla. La preocupación por la enfermedad ocupa un lugar destacado en la vida de la persona y afecta a las actividades cotidianas, e incluso puede dar lugar a una invalidez. La enfermedad se convierte en un elemento central de la identidad del individuo y de su propia imagen, en un tema frecuente de discurso social, y en una respuesta característica a los eventos estresantes de la vida. Los individuos con este trastorno a menudo se autoexaminan varias veces (p. ej., la autoexploración de la garganta en el espejo) (Criterio D). Investigan en exceso sobre su sospecha de enfermedad (p. ej., en Internet) y en varias ocasiones buscan el consuelo de la familia, los amigos o los médicos. Esta preocupación incesante a menudo se vuelve frustrante para los demás y puede dar lugar a una considerable tensión dentro de la familia. En algunos casos, la ansiedad conduce a la evitación desadaptativa de situaciones (p. ej., visitar a los miembros enfermos de la familia) o de actividades (p. ej., el ejercicio), ya que estas personas temen que puedan poner en peligro su salud.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad, puesto que creen que están realmente enfermos, se encuentran con mucha más frecuencia en los centros médicos que en los centros de salud mental. La mayoría de las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad recibe una amplia aunque insatisfactoria atención médica, aunque algunos están demasiado ansiosos para buscar atención médica. En general, presentan unas tasas de utilización de los servicios médicos, aunque no de salud mental, más elevadas que la población general. A menudo consultan a varios médicos para el mismo problema y obtienen repetidamente resultados negativos en las pruebas diagnósticas. A veces, la atención médica lleva a una paradójica exacerbación de la ansiedad o un aumento de las complicaciones yatrogénicas de las pruebas y los procedimientos diagnósticos. Los individuos con este trastorno generalmente están insatisfechos con su atención médica y, a menudo, tienen la sensación de que no están siendo tomados en serio por los médicos. En ocasiones, estas preocupaciones pueden estar justificadas, ya que los médicos a veces son despectivos o responden con frustración u hostilidad. Esta respuesta en ocasiones puede ocasionar la falta de diagnóstico de una afección médica existente.

Prevalencia

Las estimaciones de prevalencia del trastorno de la ansiedad por enfermedad se basan en las estimaciones del diagnóstico de hipocondría del DSM-III y del DSM-IV. La prevalencia a 1 a 2 años de la ansiedad por la salud y/o convicción de una enfermedad, en las encuestas comunitarias y en las muestras poblacionales, oscila entre el 1,3 y el 10 %. En las poblaciones médicas ambulatorias, las tasas de prevalencia de los 6 meses a 1 año son del 3 al 8 %. La prevalencia de la enfermedad es similar entre los varones y las mujeres.

Desarrollo y curso

El desarrollo y el curso del trastorno de ansiedad por enfermedad no están claros. El trastorno de ansiedad por enfermedad parece ser generalmente una afección crónica y recurrente con una edad de inicio en la edad adulta media temprana. En las muestras poblacionales, la ansiedad relacionada con la salud aumenta con la edad, pero la edad de los individuos con ansiedad importante sobre la salud en los entornos médicos no parece diferir de la de otros pacientes en esos ámbitos. En las personas mayores, la ansiedad relacionada con la salud a menudo se centra en la pérdida de memoria; el trastorno parece poco frecuente en los niños.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El trastorno de ansiedad por enfermedad a veces puede estar precipitado por un estrés vital importante o por una amenaza seria pero, en última instancia, benigna para la salud del

individuo. Los antecedentes de abuso en la infancia o de una enfermedad grave en la niñez pueden predisponer a desarrollar la enfermedad en la edad adulta.

Modificadores del curso. Aproximadamente, entre un tercio y la mitad de los individuos con trastorno de ansiedad por enfermedad presenta una forma transitoria, que se asocia con menos comorbilidad psiquiátrica y con más comorbilidad médica, y un trastorno de ansiedad por enfermedad menos grave.

Factores diagnósticos relacionados con la cultura

El diagnóstico se debería hacer con precaución en los individuos cuyas ideas sobre la enfermedad son congruentes con unas creencias culturalmente aceptadas y muy extendidas. No se sabe mucho sobre la fenomenología de la enfermedad en todas las culturas, aunque la prevalencia parece ser similar entre los diversos países con culturas diferentes.

Consecuencias funcionales del trastorno de ansiedad por enfermedad

El trastorno de ansiedad por enfermedad causa un deterioro importante en la función física y en la calidad de vida relacionada con la salud. Las preocupaciones sobre la salud a menudo interfieren en las relaciones interpersonales, perturban la vida familiar y alteran el desempeño ocupacional.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. La primera consideración del diagnóstico diferencial deben ser las afecciones médicas subyacentes que deben abarcar las afecciones neurológicas o endocrinas, las neoplasias ocultas y otras enfermedades que afecten a varios sistemas. La presencia de una afección médica no descarta la posibilidad de la coexistencia del trastorno de ansiedad por enfermedad. Si existe una afección médica, la ansiedad por la salud y las preocupaciones relacionadas con las enfermedades son claramente desproporcionadas a su gravedad. Las preocupaciones transitorias relacionadas con una afección médica no constituyen el trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastornos de adaptación. La ansiedad relacionada con la salud es una respuesta normal a una enfermedad grave, y no es un trastorno mental. Esa ansiedad relacionada con la salud, no patológica, está claramente relacionada con la afección médica, y normalmente es limitada en el tiempo. Si la ansiedad por la salud es importante, se podría diagnosticar trastorno de adaptación. Sin embargo, sólo cuando la ansiedad por la salud tiene una duración, una gravedad y un malestar suficientes, se puede diagnosticar trastorno de ansiedad por enfermedad. Por lo tanto, el diagnóstico requiere la persistencia continua de una ansiedad desproporcionada relacionada con la salud durante al menos 6 meses.

Trastorno de síntomas somáticos. El trastorno de síntomas somáticos se diagnostica cuando existen síntomas somáticos significativos. En contraste, las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen síntomas somáticos mínimos y principalmente están preocupados por la idea de estar enfermos.

Trastornos de ansiedad. En el trastorno de ansiedad generalizada, las personas se preocupan por múltiples sucesos, situaciones o actividades, entre los cuales sólo alguno podría involucrar la salud. En el trastorno de pánico, al individuo puede preocuparle que los ataques de pánico sean el reflejo de la presencia de una enfermedad médica. Sin embargo, si bien estos individuos pueden tener ansiedad por la salud, su ansiedad es típicamente muy aguda y episódica. En el trastorno de ansiedad por enfermedad, la ansiedad por la salud y los miedos son más persistentes y duraderos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden experimentar ataques de pánico que se desencadenan por sus preocupaciones de enfermedad.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos obsesivos acerca de padecer una enfermedad y también pueden presentar comportamientos compulsivos asociados (p. ej., en busca de justificaciones). Sin embargo, en el trastorno de ansiedad por enfermedad, las preocupaciones por lo general se centran en tener una enfermedad, mientras que en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los pensamientos son intrusivos y por lo general se centran en los temores de contraer una enfermedad en el futuro. La mayoría de los individuos con TOC tienen obsesiones o compulsiones que implican otras preocupaciones además de los temores acerca de contraer una enfermedad. En el trastorno dismórfico

corporal, las preocupaciones se limitan a la apariencia física de la persona, que es vista como defectuosa o errónea.

Trastorno depresivo mayor. Algunos individuos con episodio depresivo presentan rumiaciones sobre su salud y preocupación excesiva acerca de la enfermedad. No se realiza un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad por enfermedad si estas preocupaciones se producen sólo durante los episodios depresivos mayores. Sin embargo, si la preocupación excesiva por la enfermedad persiste después de la remisión de un episodio de un trastorno depresivo mayor, se debería considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad.

Trastornos psicóticos. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad no presentan actividad delirante y pueden considerar la posibilidad de que no padezcan la enfermedad temida. Sus ideas no alcanzan la rigidez y la intensidad observadas en los delirios somáticos que hay en los trastornos psicóticos (p. ej., la esquizofrenia, el trastorno delirante de tipo somático, el trastorno depresivo mayor con características psicóticas). Los verdaderos delirios somáticos en general son más anómalos (p. ej., que un órgano se está pudriendo o está muerto) que las preocupaciones que se observan en el trastorno de ansiedad por enfermedad. Las preocupaciones vistas en el trastorno de ansiedad por enfermedad son plausibles, aunque no estén fundadas en la realidad.

Comorbilidad

Debido a que el trastorno de ansiedad por enfermedad es una nueva enfermedad, la comorbilidad exacta es desconocida. La hipocondría concurre con los trastornos de ansiedad (en particular, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el TOC) y los trastornos depresivos. Es probable que, aproximadamente, dos tercios de los individuos con trastorno de la ansiedad por enfermedad tengan al menos otro trastorno mental mayor comórbido. Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener un riesgo elevado para el trastorno de síntomas somáticos y para los trastornos de la personalidad.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)

Criterios diagnósticos

A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno de conversión es **300.11**, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del tipo de síntoma (véase a continuación).

Especificar el tipo de síntoma:

(F44.4) Con debilidad o parálisis

(F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)

(F44.4) Con síntomas de la deglución

(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)

(F44.5) Con ataques o convulsiones

(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva

(F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

(F44.7) Con síntomas mixtos

Especificar si:
Episodio agudo: Síntomas presentes durante menos de seis meses.
Persistente: Síntomas durante seis meses o más.

Especificar si:
Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés)
Sin factor de estrés psicológico.

Características diagnósticas

Muchos clínicos utilizan los nombres alternativos de "funcional" (en referencia al funcionamiento anormal del sistema nervioso central) o "psicógeno" (refiriéndose a una etiología supuesta) para describir los síntomas del trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En el trastorno de conversión puede haber uno o más síntomas de diversos tipos. Los síntomas motores son debilidad o parálisis, movimientos anormales, como el temblor o las distonías, alteraciones de la marcha y la postura anormal de los miembros. Los síntomas sensoriales son la alteración, la reducción o la ausencia de sensibilidad de la piel, la vista o el oído. Los episodios de sacudidas anormales generalizadas que afectan a una extremidad, con una alteración aparente o una pérdida de la conciencia, se pueden parecer a las crisis epilépticas (también llamadas *crisis psicógenas* o *no epilépticas*). Puede haber episodios de falta de respuesta que se asemejan al síncope o al coma. Otros síntomas son la reducción o la ausencia del volumen de la voz (disfonía/afonía), la articulación alterada (disartria), la sensación de un nudo en la garganta (globo) y la diplopía.

Aunque el diagnóstico requiere que el síntoma no se pueda explicar por una enfermedad neurológica, éste no se debería realizar simplemente porque los resultados de las pruebas sean normales o porque el síntoma sea "extraño". Debe haber datos clínicos que muestren una evidencia clara de su incompatibilidad con una enfermedad neurológica. La incongruencia interna del examen es una manera de demostrar la incompatibilidad (p. ej., la demostración de que los signos físicos provocados con un método de examen dejan de ser positivos cuando se analizan de una manera diferente). Los ejemplos de tales hallazgos del examen son:

- El signo de Hoover: en él existe debilidad en la extensión de la cadera y se recupera la fuerza normal tras la flexión contra resistencia de la cadera contralateral.
- Debilidad marcada de la flexión plantar tobillo, en un individuo que es capaz de caminar de puntillas, cuando ésta se comprueba en la cama.
- Resultados positivos en la prueba de sincronización del temblor. En esta prueba, un temblor unilateral se puede identificar como funcional si el temblor cambia cuando se distrae al individuo. Esto se puede observar si se le pide a la persona que copie con su mano no afectada un movimiento rítmico del examinador y esto hace que el temblor funcional cambie, de manera que copia o "se sincroniza" con el ritmo de la mano no afectada, o se suprime el temblor funcional, o ya no hace un simple movimiento rítmico.
- En los ataques parecidos a la epilepsia o síncopes (ataques no epilépticos "psicógenos") se encuentra al individuo con los ojos cerrados y ofreciendo resistencia a la apertura o se obtiene un electroencefalograma simultáneo normal (aunque esto por sí solo no excluye todas las formas de epilepsia o síncope).
- Para los síntomas visuales, cuando existe un campo visual tubular (es decir, visión en túnel).

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico de trastorno de conversión debe basarse en un cuadro clínico general y no en un único hallazgo clínico.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Una serie de características asociadas puede apoyar el diagnóstico de trastorno de conversión. Pueden existir antecedentes de múltiples síntomas somáticos similares. El inicio puede estar asociado con el estrés o el trauma, ya sea de naturaleza psicológica o física. La posible relevancia etiológica de este

estrés o trauma se puede sugerir por la estrecha relación temporal. Sin embargo, aunque es importante realizar la evaluación para el estrés y el trauma, su ausencia no debe excluir el diagnóstico.

El trastorno de conversión a menudo se asocia con síntomas disociativos, como la despersonalización, la desrealización y la amnesia disociativa, en particular durante el inicio de los síntomas o durante los ataques.

El diagnóstico de trastorno de conversión no requiere determinar que los síntomas no se producen intencionadamente (esto es, son no fingidos), puesto que no se puede discernir de una manera fiable y con certeza la ausencia de simulación. El fenómeno de *la belle indifférence* (esto es, la falta de preocupación por la naturaleza o las implicaciones del síntoma) se ha asociado con el trastorno de conversión, pero no es específico para el mismo y no se debe utilizar para hacer el diagnóstico. Del mismo modo, el concepto de *ganancia secundaria* (esto es, cuando las personas obtienen beneficios externos, como el dinero o la liberación de responsabilidades) tampoco es específico para el trastorno de conversión y, en el contexto de una evidencia cierta de simulación, se debería considerar en su lugar el diagnóstico de trastorno facticio o simulación (consulte el apartado "Diagnóstico diferencial" para este trastorno).

Prevalencia

Los síntomas de conversión transitorios son frecuentes, pero la prevalencia exacta del trastorno es desconocida. Esto es en parte debido a que el diagnóstico, por lo general, requiere la evaluación en un nivel especializado de atención, donde aproximadamente el 5 % de las derivaciones a las clínicas de neurología corresponden a este trastorno. La incidencia de síntomas de conversión individuales persistentes se estima en 2-5/100.000 por año.

Desarrollo y curso

Se ha documentado su inicio durante toda la vida. El inicio de los ataques no epilépticos alcanza su máximo en la tercera década, y los síntomas motores tienen su máxima frecuencia de aparición en la cuarta década. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en los niños más pequeños que en los adolescentes y los adultos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Frecuentemente se asocian rasgos de personalidad desadaptativos con el trastorno de conversión.

Ambientales. Puede haber antecedentes de abuso y negligencia en la infancia. A menudo, aunque no siempre, existen eventos estresantes vitales.

Genéticos y fisiológicos. La presencia de una enfermedad neurológica que cause síntomas similares constituye un factor de riesgo (p. ej., las convulsiones no epilépticas son más frecuentes en los pacientes que también tienen epilepsia).

Modificadores del curso. La corta duración de los síntomas y la aceptación del diagnóstico son factores pronósticos positivos. Los rasgos de personalidad desadaptativos, la presencia de comorbilidad física y la recepción de beneficios por la incapacidad pueden ser factores pronósticos negativos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las transformaciones que se asemejan a síntomas conversivos (y disociativos) son comunes en determinados rituales aceptados culturalmente. Cuando los síntomas se pueden explicar completamente en un contexto cultural particular y no dan lugar a angustia o a una discapacidad clínicamente significativa, entonces no se realiza el diagnóstico de trastorno de conversión.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de conversión es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres.

Consecuencias funcionales del trastorno de conversión

Los individuos con síntomas de trastorno de conversión presentan un deterioro significativo. La gravedad de este deterioro es similar a la que sufren las personas con enfermedades médicas similares.

Diagnóstico diferencial

Si otro trastorno mental puede explicar mejor los síntomas, se debe realizar ese diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno de conversión se puede hacer en la presencia de otro trastorno mental.

Enfermedades neurológicas. El principal diagnóstico diferencial es la enfermedad neurológica que podría explicar mejor los síntomas. Después de una evaluación neurológica completa, rara vez se encuentra en el seguimiento una enfermedad neurológica inesperada como causa de los síntomas. Sin embargo, podría ser necesaria una reevaluación si los síntomas parecen ser progresivos. El trastorno de conversión puede coexistir con la enfermedad neurológica.

Trastorno de síntomas somáticos. Se puede diagnosticar un trastorno de conversión además de un trastorno de síntomas somáticos. No se ha podido demostrar que la mayoría de los síntomas somáticos, que aparecen en el trastorno de síntomas somáticos, sean claramente incompatibles con la fisiopatología (p. ej., el dolor, la fatiga), mientras que en el trastorno de conversión se requiere tal incompatibilidad para el diagnóstico. Los pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos, que caracterizan al trastorno de síntomas somáticos, a menudo están ausentes en el trastorno de conversión.

Trastorno facticio y simulación. El diagnóstico de trastorno de conversión no requiere evaluar que los síntomas no se producen intencionadamente (p. ej., los no fingidos), ya que la evaluación de la intención consciente es poco fiable. Sin embargo, la evidencia cierta de simulación (p. ej., una clara evidencia de que la pérdida de la función aparece durante el examen clínico, pero no en casa) podría sugerir un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente de la persona es asumir el papel de enfermo o hacerse el enfermo, y si el objetivo es la obtención de algún tipo de incentivo, como el dinero.

Trastornos disociativos. Los síntomas disociativos son comunes en las personas con trastorno de conversión. Si aparecen tanto el trastorno de conversión como el trastorno disociativo, se deberían establecer ambos diagnósticos.

Trastorno dismórfico corporal. Los individuos con trastorno dismórfico corporal están excesivamente preocupados por un defecto percibido en sus características físicas, pero no se quejan de síntomas sobre el funcionamiento sensorial o motor de la parte del cuerpo afectada.

Trastornos depresivos. En los trastornos depresivos, los individuos pueden informar de pesadez general en sus miembros, mientras que la debilidad del trastorno de conversión es más focal y evidente. Los trastornos depresivos también se diferencian por la presencia de síntomas depresivos nucleares.

Trastorno de pánico. Los síntomas neurológicos episódicos (p. ej., los temblores y las parestesias) pueden aparecer tanto en el trastorno de conversión como en los ataques de pánico. En los ataques de pánico, los síntomas neurológicos suelen ser transitorios y suceden de una forma aguda episódica, con síntomas característicos cardiorrespiratorios. La pérdida de conciencia con amnesia para el ataque y los movimientos violentos de los miembros pueden aparecer en los ataques no epilépticos, pero no en los ataques de pánico.

Comorbilidad

Los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico y los trastornos depresivos, habitualmente aparecen de forma conjunta con el trastorno de conversión. El trastorno de síntomas somáticos también puede concurrir. Los trastornos psicóticos, los trastornos por uso de sustancias y el abuso del alcohol son infrecuentes. Los trastornos de personalidad son más frecuentes en los individuos con trastorno de conversión que en la población general. Los trastornos neurológicos u otras afecciones médicas también coexisten habitualmente con el trastorno de conversión.

Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas

Criterios diagnósticos 316 (F54)

A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).
B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:

1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica (p. ej., poco cumplimiento).
3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerban los síntomas, o necesitan asistencia médica.

C. Los factores psicológicos y conductuales del Criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Aumenta el riesgo médico (p. ej., incoherencia con el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo).
Moderado: Empeora la afección médica subyacente (p. ej., ansiedad que agrava el asma).
Grave: Da lugar a hospitalización o visita al servicio de urgencias.
Extremo: Produce un riesgo importante, con amenaza a la vida (p. ej., ignorar síntomas de un ataque cardíaco).

Características diagnósticas

La característica esencial de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas es la presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento clínicamente significativos que afectan adversamente a una afección médica, aumentando el riesgo de sufrimiento, muerte o discapacidad (Criterio B). Estos factores pueden afectar negativamente al estado de salud porque influyen en su curso o en su tratamiento, constituyendo un factor de riesgo adicional establecido para la salud, o porque influyen en la fisiopatología subyacente, precipitando o exacerbando los síntomas o requiriendo atención médica.

Los factores psicológicos o de comportamiento son el malestar psicológico, los patrones de interacción interpersonal, los estilos de afrontamiento y los comportamientos desadaptativos para la salud, como la negación de los síntomas o la pobre adherencia a las recomendaciones médicas. Ejemplos clínicos más comunes son la ansiedad que agrava el asma, la negación de la necesidad de un tratamiento para el dolor torácico agudo y la manipulación de la insulina por un individuo con diabetes que desea bajar de peso. Se han demostrado muchos factores psicológicos diferentes que influyen adversamente en las afecciones médicas (p. ej., los síntomas de depresión o ansiedad, los eventos estresantes de la vida, el estilo de relación, los rasgos de personalidad y los estilos de afrontamiento). Los efectos adversos pueden ser desde agudos, con consecuencias médicas inmediatas (p. ej., la cardiomiopatía de Takotsubo), a crónicos, que aparecen durante un largo período de tiempo (p. ej., el estrés crónico en el trabajo tiene asociado un mayor riesgo de hipertensión). Las afecciones médicas implicadas pueden ser aquellas con una fisiopatología clara (p. ej., la diabetes, el cáncer, la enfermedad coronaria), los síndromes funcionales (p. ej., la migraña, el síndrome del intestino irritable, la fibromialgia) o los síntomas médicos idiopáticos (p. ej., el dolor, la fatiga, los mareos).

Este diagnóstico se debería reservar para las situaciones en las que es evidente el efecto de los factores psicológicos sobre la afección médica y cuando los factores psicológicos tienen unos efectos clínicamente significativos sobre el curso o el resultado de dicha afección médica. Los síntomas psicológicos o de comportamiento anormales, que se desarrollan en respuesta a una afección médica, serán mejor codificados como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica clínicamente significativa a un factor estresante identificable). Debe haber una evidencia razonable para sugerir una asociación entre los factores psicológicos y la afección médica, a pesar de que muchas veces no es posible demostrar la causalidad directa o los mecanismos que subyacen a esta relación.

Prevalencia

La prevalencia de los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas no está clara. En los datos de los seguros médicos privados de Estados Unidos es un diagnóstico más frecuente que los trastornos de síntomas somáticos.

Desarrollo y curso

Los factores psicológicos que afectan a otras condiciones médicas pueden suceder durante toda la vida. Particularmente, en el caso de niños pequeños, la historia de corroboración con los padres o de la escuela puede ayudar a la evaluación diagnóstica. Algunas condiciones son características de etapas de vida particulares (p. ej., en las personas mayores, el estrés asociado a actuar como cuidador de un cónyuge enfermo o pareja).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las diferencias interculturales pueden influir en los factores psicológicos y en sus efectos sobre las afecciones médicas, tales como el lenguaje y el estilo de comunicación, los modelos explicativos de enfermedad, los patrones de búsqueda de atención médica, la disponibilidad del servicio y la organización, la relación médico-paciente y otras prácticas de curación, los roles familiares y de género y las actitudes hacia el dolor y la muerte. Los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas se deberían diferenciar de los comportamientos culturales concretos, tales como recurrir a la fe o a los curanderos espirituales u otras variaciones para el manejo de la enfermedad que son aceptables para una cultura y que reflejan la intención de aliviar la afección médica en lugar de interferir con ella. Estas prácticas específicas pueden complementar en lugar de obstaculizar las intervenciones basadas en los datos científicos. Si no afectan negativamente a los resultados, no se deberían clasificar como factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas.

Consecuencias funcionales de los factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas

Está demostrado que los factores psicológicos y de comportamiento pueden afectar al curso de múltiples patologías médicas.

Diagnóstico diferencial

Trastorno mental debido a otra afección médica. Una asociación temporal entre los síntomas de un trastorno mental y los de una afección médica es también característica de un trastorno mental debido a otra afección médica, pero el presunto mecanismo causal se encuentra en la dirección opuesta. En un trastorno mental debido a otra afección médica, la afección médica se evidencia como la causa de la enfermedad mental a través de un mecanismo fisiológico directo. En los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, los factores psicológicos o conductuales afectan al curso de la afección médica.

Trastornos de adaptación. Los síntomas psicológicos o de conducta anormales que se desarrollan como respuesta a una afección médica se deben diagnosticar como un trastorno de adaptación (una respuesta psicológica significativa a un factor estresante identificable). Por ejemplo, una persona con

una angina de pecho que se desencadena cada vez que se enfurece sería diagnosticada de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, mientras que un individuo con angina de pecho que desarrolla ansiedad anticipatoria desadaptativa sería diagnosticado de un trastorno de adaptación con ansiedad. En la práctica clínica, sin embargo, los factores psicológicos y la afección médica a menudo se agravan mutuamente (p. ej., la ansiedad tanto como desencadenante, como consecuencia de la angina de pecho), en cuyo caso la distinción es arbitraria. Otros trastornos mentales con frecuencia tienen como resultado complicaciones médicas, sobre todo los trastornos por consumo de sustancias (p. ej., el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de tabaco). Si un individuo tiene un trastorno mental grave coexistente que afecta o es la causa de otro problema médico, suelen ser suficientes los diagnósticos del trastorno mental y de la enfermedad médica. El diagnóstico de factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas se realiza cuando los rasgos psicológicos o conductas no cumplen los criterios para un diagnóstico mental.

Trastorno de síntomas somáticos. Los trastornos de síntomas somáticos se caracterizan por una combinación de síntomas somáticos molestos y pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos o desadaptativos, en respuesta a estos síntomas o a los problemas de salud asociados. El individuo puede o no tener una afección médica diagnosticable. Por el contrario, en los factores psicológicos que afecta a otras afecciones médicas, dichos factores influyen negativamente a una afección médica; los pensamientos, sentimientos y el comportamiento de la persona no son necesariamente excesivos. La diferencia está en la intensidad, más que una distinción clara. En los factores psicológicos que afecta a otras afecciones médicas, el énfasis está en la exacerbación de la afección médica (p. ej., una persona con una angina de pecho que se desencadena cada vez que se pone ansiosa). En el trastorno de síntomas somáticos, el énfasis está en los pensamientos, sentimientos y comportamientos desadaptativos (p. ej., una persona con una angina de pecho que se preocupa constantemente de que va a tener un ataque al corazón, y mide su presión arterial varias veces al día y restringe sus actividades).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. El trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por unos niveles elevados de ansiedad por la enfermedad que son molestos y/o perjudiciales para la vida cotidiana con síntomas somáticos mínimos. El enfoque de la preocupación médica es la inquietud del individuo por tener una enfermedad; en la mayoría de los casos no existe una enfermedad grave. En los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, la ansiedad puede ser un factor psicológico importante que afecta a una afección médica, pero la preocupación clínica es por el efecto adverso sobre el estado de salud.

Comorbilidad

Por definición, el diagnóstico de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas implica un síndrome relevante o rasgos psicológicos o de comportamiento y una enfermedad médica comórbida.

Trastorno facticio

Criterios diagnósticos 300.19 (F68.10)

Trastorno facticio aplicado a uno mismo

A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.
B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.
D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Especificar:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Trastorno facticio aplicado a otro
(Antes: Trastorno facticio por poderes)

A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.
B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.
D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Especificar si:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

Procedimientos de registro

Cuando un individuo falsifica una enfermedad en otro individuo (p. ej., niños, adultos, animales de compañía), el diagnóstico es de trastorno facticio aplicado a otro. El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima. A la víctima se le puede hacer un diagnóstico de maltrato (p. ej., 995.54 [T74.12X]; véase el capítulo "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica").

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno facticio es la simulación de signos y síntomas médicos o psicológicos, en uno mismo o en otros, asociada a un engaño identificado. Los individuos con trastorno facticio también pueden buscar tratamiento para sí mismos o para otros después de provocar la lesión o la enfermedad. El diagnóstico requiere la demostración de que el individuo está cometiendo acciones subrepticias para tergiversar, simular o causar signos o síntomas de enfermedad o de lesión en ausencia de recompensas externas obvias. Los métodos para falsificar la enfermedad pueden ser la exageración, la fabricación, la simulación y la inducción. Aunque puede existir una afección médica preexistente, aparece un comportamiento engañoso o la inducción de lesiones asociadas con la simulación con la finalidad de que los demás les consideren (a ellos mismos o a otros) más enfermos o con mayor discapacidad, y esto puede dar lugar a una intervención clínica excesiva. Los individuos con trastorno facticio podrían, por ejemplo, referir sentimientos de depresión y tendencias suicidas tras la muerte de un cónyuge a pesar de que no es verdad que haya muerto nadie o de que la persona no tiene un cónyuge, informar engañosamente de episodios de síntomas neurológicos (p. ej., convulsiones, mareos o perder el conocimiento), manipular una prueba de laboratorio (p. ej., mediante la adición de sangre a la orina) para demostrar falsamente una anormalidad, falsificar los registros médicos para indicar una enfermedad, ingerir una sustancia (p. ej., insulina o warfarina) para inducir un resultado de laboratorio anormal o una enfermedad, o lesionarse físicamente o inducirse enfermedades a sí mismos o a otro (p. ej., mediante la inyección de materia fecal para producir un absceso o una sepsis).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno facticio impuesto a uno mismo o trastorno facticio impuesto a otro corren el riesgo de experimentar un gran sufrimiento psicológico o deterioro funcional por los daños causados a sí mismos y a los demás. Los familiares, los amigos y los profesionales de la salud se ven también a menudo afectados por su comportamiento. Los trastornos facticios tienen similitudes con los trastornos por uso de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del control de impulsos, la pedofilia y algunos otros trastornos establecidos relacionados tanto en cuanto a la persistencia de la conducta como en los esfuerzos intencionados para ocultar el trastorno de conducta a través del engaño. Aunque algunos trastornos facticios podrían representar un comportamiento criminal (p. ej., trastorno

facticio impuesto a otro, en el que las acciones de los padres representan abusos y malos tratos a un niño), dicho comportamiento criminal y la enfermedad mental no son mutuamente excluyentes. El diagnóstico de trastorno facticio hace hincapié en la identificación objetiva de la simulación de signos y síntomas de enfermedad, en lugar de inferir sobre la intención o la posible motivación subyacente. Por otra parte, este tipo de comportamientos, incluyendo la inducción de lesión o enfermedad, está asociado con el engaño.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno facticio es desconocida, probablemente debido al papel del engaño en esta población. Entre los pacientes en el ámbito hospitalario, se estima que alrededor del 1 % de los individuos puede tener presentaciones que cumplan con los criterios de trastorno facticio.

Desarrollo y curso

El curso del trastorno facticio suele ser en forma de episodios intermitentes. Los episodios únicos y los que se caracterizan por ser persistentes y sin remisiones son menos frecuentes. El inicio se produce generalmente en la edad adulta temprana, a menudo después de una hospitalización por un problema médico o un trastorno mental. Cuando se impone sobre otro, el trastorno puede comenzar después de la hospitalización del propio hijo o de alguien a su cargo. En los individuos con episodios recurrentes de falsificación de signos y síntomas de enfermedad y/o de inducción de lesión, este patrón de contactos engañosos sucesivos con el personal médico, incluyendo las hospitalizaciones, puede llegar a permanecer durante toda la vida.

Diagnóstico diferencial

Los cuidadores que mienten sobre las lesiones por abuso de las personas dependientes a su cargo exclusivamente para protegerse de la responsabilidad no se diagnostican de trastorno facticio aplicado a otro debido a que la protección contra la responsabilidad es una recompensa externa (Criterio C, el comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensas externas obvias). Se detecta que este tipo de cuidadores miente sobre la supervisión, sobre el análisis de los registros médicos y/o en las entrevistas con los demás mucho más de lo que sería necesario para su propia autoprotección y se diagnosticarían de trastorno facticio impuesto a otro.

Trastorno de síntomas somáticos. En el trastorno de síntomas somáticos puede haber una atención excesiva y búsqueda de tratamiento para los problemas médicos percibidos, pero no hay ninguna evidencia de que la persona está proporcionando información falsa o engañosa con su conducta.

Simulación de enfermedad. La simulación se diferencia del trastorno facticio por el carácter intencional de los síntomas para obtener beneficios personales (p. ej., el dinero, el tiempo fuera del trabajo). En contraste, el diagnóstico de trastorno facticio requiere la ausencia de recompensas obvias.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). El trastorno de conversión se caracteriza por síntomas neurológicos que son incompatibles con la fisiopatología neurológica. El trastorno facticio con síntomas neurológicos se distingue del trastorno de conversión en la evidencia de la falsificación engañosa de los síntomas.

Trastorno límite de la personalidad. La autoagresión física deliberada en ausencia de intención de suicidio también puede aparecer en asociación con otros trastornos mentales, como el trastorno límite de la personalidad. El trastorno facticio requiere que la inducción de las lesiones se produzca en asociación con el engaño.

Enfermedad médica o trastorno mental que no se asocia con la falsificación intencional de síntomas. La presencia de signos y síntomas de enfermedad que no se ajustan a la identificación de una afección médica o trastorno mental aumenta la probabilidad de que exista un trastorno facticio. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno facticio no excluye la presencia de una verdadera afección médica o de un trastorno mental, puesto que a menudo aparece en el individuo una enfermedad comórbida junto con el trastorno facticio. Por ejemplo, las personas pueden manipular sus niveles de azúcar en la sangre para producir síntomas y también pueden tener diabetes.

Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados

300.89 (F45.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastorno de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Trastorno de síntomas somáticos breve:** la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
2. **Trastorno de ansiedad por enfermedad breve:** la duración de los síntomas es inferior a seis meses.
3. **Trastorno de ansiedad por enfermedad sin comportamientos excesivos relacionados con la salud:** no se cumple el Criterio D para el trastorno de ansiedad por enfermedad.
4. **Pseudociesis:** creencia falsa de estar embarazada que se asocia a signos y síntomas de embarazo.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados

300.82 (F45.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los síntomas somáticos y trastornos relacionados. La categoría del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados no se utilizará a menos que se den situaciones claramente inusuales en las que no exista información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

<= Ir al Índice

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo o en la absorción de los alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Se proporcionan los criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones.

Los criterios diagnósticos para el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones conforman un esquema de clasificación que es mutuamente excluyente, de tal modo que durante un único episodio solamente puede asignarse uno de estos diagnósticos. La razón de este abordaje es que, a pesar de las características psicológicas y de comportamiento comunes, los trastornos difieren sustancialmente en el curso clínico, en los resultados y en las necesidades de tratamiento. Sin embargo, se podría establecer un diagnóstico de pica en presencia de cualquier otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

Algunos individuos con los trastornos descritos en este capítulo refieren síntomas similares a los que suelen atribuirse a las personas con trastornos por consumo de sustancias, como el ansia y los patrones de consumo compulsivo. Esta semejanza puede reflejar la implicación de los mismos sistemas neuronales, como los implicados en la regulación del autocontrol y la recompensa, en los dos grupos de trastornos. Sin embargo, siguen sin conocerse de manera suficiente las contribuciones relativas de los factores comunes y distintivos al desarrollo y la perpetuación de los trastornos de la conducta alimentaria y del consumo de sustancias.

Finalmente, la obesidad no se incluye en el DSM-5 como un trastorno mental. La obesidad (el exceso de grasa corporal) es el resultado del exceso de consumo de energía en relación con la energía gastada a largo plazo. Existe un abanico de factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambientales que pueden variar entre los individuos y que contribuyen al desarrollo de la obesidad; por tanto, la obesidad no se considera un trastorno mental. Sin embargo, hay asociaciones importantes entre la obesidad y ciertos trastornos mentales (p.ej., el trastorno de atracones, los trastornos depresivo y bipolar, la esquizofrenia). Los efectos secundarios de algunos medicamentos psicotrópicos contribuyen en gran medida al desarrollo de la obesidad, y la obesidad puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (p. ej., los trastornos depresivos).

Pica

Criterios diagnósticos

A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

<= Ir a la Clasificación

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para pica es **307.52** y se utiliza en niños o adultos. Los códigos CIE-10-MC para pica son **(F98.3)** en niños y **(F50.8)** en adultos.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Características diagnósticas

La principal característica de la pica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de 1 mes (Criterio A) que es suficientemente grave como para justificar la atención clínica. Las sustancias que típicamente se suelen ingerir tienden a variar con la edad y con la disponibilidad y podrían ser papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, chicles, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo. El término *no alimentarias* se incluye porque el diagnóstico de la pica no se refiere a la ingestión de productos de la dieta con un mínimo contenido nutritivo. No existe normalmente una aversión a la comida en general. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias debe ser inapropiada para el grado de desarrollo (Criterio B) y no debe formar parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal (Criterio C). Se recomienda una edad mínima de dos años para el diagnóstico de pica, para poder excluir el hábito de llevarse objetos a la boca, propio del desarrollo normal de los niños, que pueden acabar ingiriéndolos. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede ser una característica asociada a otros trastornos mentales (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno de desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia). Si el comportamiento alimentario se produce exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental, se debería realizar un diagnóstico diferenciado de pica solamente si el comportamiento alimentario es lo suficientemente grave o si requiere atención clínica adicional (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

A pesar de que se han descrito deficiencias de vitaminas o minerales (p. ej., zinc, hierro) en algunos casos, no se suelen hallar anormalidades biológicas específicas. En ocasiones, la pica requiere atención clínica únicamente debido a sus complicaciones médicas generales (p. ej., problemas de mecánica intestinal, obstrucción intestinal, como la producida por un bezoar, perforación intestinal, infecciones como la toxoplasmosis y la toxocariasis como resultado de ingerir heces o suciedad, envenenamiento, como en la ingesta de pintura con plomo).

Prevalencia

La prevalencia de la pica no está clara. Entre los individuos con discapacidad intelectual, la prevalencia de la pica parece aumentar con la gravedad de la afección.

Desarrollo y curso

El inicio de la pica puede darse en la infancia, la adolescencia o la edad adulta, aunque lo que se comunica con más frecuencia es el inicio en la infancia. La pica se puede producir en niños con desarrollo normal en otros aspectos, mientras que en los adultos parece más probable que se produzca en el contexto de una discapacidad intelectual o de otros trastornos mentales. Durante el embarazo también se puede manifestar la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias, y puede haber antojos específicos (p. ej., tiza o hielo). El diagnóstico de pica durante el embarazo solamente es apropiado si dichos antojos llevan a la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias hasta el punto de que dicha ingestión suponga riesgos clínicos potenciales. El curso del trastorno puede ser prolongado y puede dar lugar a urgencias médicas (p. ej., obstrucción intestinal, pérdida de peso aguda, envenenamiento). El trastorno puede ser potencialmente mortal dependiendo de las sustancias ingeridas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El abandono, la falta de supervisión y el retraso del desarrollo pueden aumentar el riesgo de esta afección.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En algunas poblaciones comer tierra u otras sustancias no nutritivas parecidas es una creencia con valor espiritual, medicinal u otro valor social, o puede ser una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal. Dicho comportamiento no justifica el diagnóstico de pica (Criterio C).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La pica se produce tanto en el sexo masculino como en el femenino. Puede darse en las mujeres durante el embarazo; sin embargo, se sabe poco sobre el curso de la pica en el período posparto.

Marcadores diagnósticos

Las radiografías, ecografías y otras técnicas de imagen abdominales pueden revelar obstrucciones relacionadas con la pica. Pueden realizarse análisis de sangre y otras pruebas de laboratorio para establecer el grado de envenenamiento o la naturaleza de la infección.

Consecuencias funcionales de la pica

La pica puede deteriorar el funcionamiento físico significativamente, aunque rara vez es ella sola la causa de deterioro del funcionamiento social. La pica a menudo se presenta junto a otros trastornos asociados al deterioro en el funcionamiento social.

Diagnóstico diferencial

La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede suceder durante el curso de otros trastornos mentales (p. ej., el trastorno del espectro autista, la esquizofrenia) y en el síndrome de Kleine-Levin. En cualquiera de estos casos, sólo se debería realizar un diagnóstico adicional de pica si el comportamiento alimentario es lo suficientemente grave y persistente como para justificar una atención clínica adicional.

Anorexia nerviosa. Por lo general, la pica se puede distinguir de otros trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos por el consumo de sustancias no nutritivas y no alimentarias. Es importante advertir, sin embargo, que algunas presentaciones de la anorexia nerviosa cursan con la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias como, por ejemplo, pañuelos de papel como forma de intentar controlar el apetito. En estos casos, cuando la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias se utiliza principalmente como método para controlar el peso, la anorexia nerviosa debería ser el diagnóstico primario.

Trastorno facticio. Algunos individuos con trastorno facticio pueden ingerir intencionadamente objetos extraños como parte del patrón de falsificación de síntomas físicos. En estos casos hay un elemento de engaño que es compatible con la inducción deliberada de lesiones o enfermedades.

Autolesión no suicida y conductas autolesivas no suicidas en los trastornos de la personalidad. Algunos individuos pueden ingerir objetos potencialmente dañinos (p. ej., alfileres, agujas, cuchillos) en el contexto de los patrones de comportamiento desadaptativos que acompañan a los trastornos de la personalidad o en las autolesiones no suicidas.

Comorbilidad

Los trastornos más habitualmente comórbidos con la pica son el trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual (trastorno de desarrollo intelectual), y en menor grado la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. La pica puede asociarse a la tricotilomanía (trastorno que consiste en arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel). En las presentaciones comórbidas suele ingerirse la piel o el pelo. La pica puede asociarse también al trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, especialmente en los individuos que tienen un marcado componente sensorial en su presentación. Cuando se sabe que una persona tiene pica, la evaluación debería tener en cuenta la posibilidad de que haya complicaciones gastrointestinales, envenenamiento, infección y deficiencias nutricionales.

Trastorno de rumiación

Criterios diagnósticos 307.53 (F98.21)

A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Características diagnósticas

La principal característica del trastorno de rumiación es la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes (Criterio A). La comida tragada previamente, que puede estar parcialmente digerida, se devuelve a la boca aparentemente sin náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. La comida se puede volver a masticar para después escupirse de la boca o tragarse. La regurgitación en el trastorno de rumiación debería ser frecuente y producirse por lo menos bastantes veces por semana, típicamente a diario. El trastorno no se explica mejor por una afección gastrointestinal u otra afección médica asociada (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica) (Criterio B) y no se produce exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa, una bulimia nerviosa, un trastorno de atracones o un trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (Criterio C). Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del neurodesarrollo), deben ser lo suficientemente graves como para justificar una atención clínica adicional (Criterio D) y representar un aspecto primordial de la presentación del individuo que requiere la intervención. El trastorno se puede diagnosticar durante toda la vida, particularmente en los individuos que presentan también discapacidad intelectual. Muchas personas con trastorno de rumiación pueden ser observadas directamente por los clínicos mientras llevan a cabo dicho comportamiento. En otros casos, el diagnóstico puede realizarse en base a la información referida por el paciente o corroborada por los padres o los cuidadores. Los individuos pueden describir el comportamiento como habitual o fuera de su control.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los niños pequeños con trastorno de rumiación muestran una postura característica, de esfuerzo y de arqueo de la espalda con la cabeza mantenida hacia atrás, mientras realizan movimientos de succión con la lengua. Pueden dar la impresión de que obtienen satisfacción con dicha actividad. Pueden estar irritables y hambrientos entre los episodios de regurgitación. La pérdida de peso y la no consecución del peso esperado son características comunes en los niños con trastorno de rumiación. Se puede producir malnutrición a pesar del hambre aparente del niño y de la ingestión de una cantidad relativamente grande de alimentos, particularmente en los casos graves en los que la regurgitación se produce inmediatamente después de cada ingesta y los alimentos regurgitados son expulsados. También se puede producir malnutrición en los niños más mayores y en los adultos, especialmente cuando la regurgitación se acompaña de una restricción de la ingesta. Los adolescentes y los adultos pueden intentar disimular la regurgitación tapándose la

boca con la mano o tosiendo. Algunos de ellos intentarán evitar comer con otras personas por el conocido rechazo social que existe hacia dicho comportamiento. Esto puede llevar a evitar comer en ciertas situaciones sociales, como el trabajo o la escuela (p. ej., evitar desayunar porque puede seguirse de una regurgitación).

Prevalencia

Los datos sobre la prevalencia del trastorno de rumiación no son concluyentes, pero el trastorno se suele comunicar con más frecuencia en ciertos grupos, como los individuos con discapacidad intelectual.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno de rumiación puede producirse en la lactancia, en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta. La edad de inicio en los bebés se suele producir entre los 3 y los 12 meses. En los bebés, el trastorno frecuentemente remite de forma espontánea, aunque su curso puede ser prolongado y acabar en las urgencias médicas (p. ej., malnutrición grave). Puede ser potencialmente mortal, en especial durante el período de la lactancia. El trastorno de rumiación puede presentar un curso episódico o continuo hasta que se trata. En los bebés, así como en las personas de mayor edad con discapacidad intelectual (trastorno de desarrollo intelectual) u otros trastornos del neurodesarrollo, el comportamiento de regurgitación y de rumiación parece tener una función autotranquilizadora o de autoestimulación similar a la de otros comportamientos motores repetitivos, como golpearse la cabeza.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los problemas psicosociales, como la falta de estimulación, la negligencia, las situaciones vitales estresantes y los problemas de relación entre padres e hijos, pueden ser factores predisponentes en los bebés y en los niños pequeños.

Consecuencias funcionales del trastorno de rumiación

La malnutrición secundaria a regurgitaciones repetidas puede estar asociada a retraso del crecimiento y afectar negativamente al potencial de desarrollo y de aprendizaje. Algunos individuos mayores con trastorno de rumiación restringen deliberadamente la ingesta de alimentos por el rechazo social a la regurgitación. Pueden, en consecuencia, presentar pérdida de peso o bajo peso. En los niños más mayores, los adolescentes y los adultos es más probable que se afecte negativamente el funcionamiento social.

Diagnóstico diferencial

Afecciones gastrointestinales. Es importante diferenciar el trastorno de rumiación de la rumiación de otras afecciones caracterizadas por reflujo gastroesofágico o vómitos. Se deberían descartar afecciones como la gastroparesia, la estenosis pilórica, la hernia de hiato y el síndrome de Sandifer en los bebés mediante una adecuada exploración física y pruebas de laboratorio.

Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Las personas con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa también pueden presentar regurgitación, y posteriormente escupir los alimentos como sistema para perder las calorías ingeridas, debido a su preocupación por el aumento de peso.

Comorbilidad

La regurgitación con rumiación asociada se puede presentar en el contexto de una afección médica concurrente u otro trastorno mental (p. ej., el trastorno de ansiedad generalizada). Cuando la regurgitación se produce en este contexto, el diagnóstico de trastorno de rumiación es apropiado solamente cuando la gravedad de la alteración excede lo habitualmente asociado a dichas afecciones o trastornos y justifica una atención médica adicional.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Criterios diagnósticos 307.59 (F50.8)

A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
   1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
   2. Deficiencia nutritiva significativa.
   3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
   4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Características diagnósticas

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sustituye y amplía el diagnóstico del trastorno de alimentación en la infancia y la primera niñez del DSM-IV. La principal característica diagnóstica del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos es la evitación o restricción de la toma de alimentos (Criterio A), manifestada por un fracaso clínicamente significativo para obtener las necesidades nutritivas, o una ingesta energética insuficiente mediante la ingesta oral de alimentos. Deben estar presentes una o más de las siguientes características principales: pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa (u otro efecto sobre la salud), dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales, o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial. La determinación de si se produce una pérdida de peso significativa (Criterio A1) es una valoración clínica; en lugar de perder peso, los niños y los adolescentes que no han completado el crecimiento pueden no mantener el aumento de peso o de estatura a lo largo de su trayectoria de desarrollo.

La determinación del grado de deficiencia nutricional (Criterio A2) depende también de la valoración clínica (p. ej., valoración del aporte dietético, examen físico y pruebas de laboratorio), y el efecto sobre la salud física puede ser de una gravedad similar al que se produce en la anorexia nerviosa (p. ej., hipotermia, bradicardia, anemia). En los casos graves, particularmente en los niños pequeños, la malnutrición puede representar una amenaza para la vida. La "dependencia" de la alimentación enteral o de los suplementos nutricionales orales (Criterio A3) significa que se requiere alimentación suplementaria para mantener una ingesta adecuada. Entre los ejemplos de individuos que requieren alimentación suplementaria están los niños que no progresan en el desarrollo y que necesitan alimentación por sonda, los niños con trastornos del neurodesarrollo que dependen de suplementos nutricionalmente completos y los individuos que dependen de una sonda de alimentación por gastrostomía o de suplementos nutricionales orales completos en ausencia de una afección médica subyacente. La incapacidad para partici-

par en actividades sociales normales, como comer con otros o mantener relaciones, a causa de la alteración indicaría una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial (Criterio A4).

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos no incluye la evitación o restricción de alimentos relacionada con la falta de disponibilidad de alimentos o con prácticas culturales (p. ej., ayunos religiosos o dietas) (Criterio B), ni los comportamientos propios del desarrollo normal (p. ej., las exigencias en la comida de los niños pequeños o la menor ingesta de alimentos en los adultos de mayor edad). El trastorno no se explicaría mejor por una excesiva preocupación por la constitución o el peso corporal (Criterio C), ni por trastornos mentales o factores clínicos concurrentes (Criterio D).

En algunos individuos, la evitación o la restricción de alimentos puede estar basada en las características organolépticas de la comida y tratarse de una sensibilidad extrema a su apariencia, color, olor, textura, temperatura o gusto. Este trastorno se ha descrito como "alimentación restrictiva", "alimentación selectiva", "alimentación exigente", "alimentación perseverante", "rechazo crónico de los alimentos" y "neofobia alimentaria", y puede manifestarse como un rechazo a comer determinadas marcas de alimentos o a tolerar el olor de los alimentos que comen otras personas. Los individuos con una alta sensibilidad sensorial asociada al autismo pueden mostrar comportamientos similares.

La evitación o restricción de los alimentos puede también representar una respuesta condicionada negativa que se asocia a una ingesta de alimentos que se sigue de una experiencia aversiva o que se anticipa a ésta, como el atragantamiento, una exploración traumática –normalmente del tracto gastrointestinal (p. ej., una esofagoscopia)– o vómitos repetitivos. Para describir estas afecciones también se han utilizado los términos *disfagia funcional* y *globo histérico*.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se pueden asociar muchas características a la evitación o la reducción de la ingesta de alimentos, como la falta de interés por comer o por la propia comida, que ocasiona pérdida de peso o un crecimiento deficiente. Es posible que parezca que los niños de pocos meses están demasiado dormidos, angustiados o agitados para alimentarse. Los bebés y los niños pequeños pueden no interactuar con su cuidador principal durante la alimentación o no mostrar que tienen hambre, y preferir realizar otras actividades. En los niños mayores y en los adolescentes, la evitación o la restricción de los alimentos puede estar asociada a problemas emocionales más generalizados que no cumplan los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad, depresivos, o bipolares y que en ocasiones se denominan "trastorno emocional de evitación de alimentos".

Desarrollo y curso

La evitación o restricción de alimentos asociada a la ingesta insuficiente de comida o a la falta de interés por alimentarse se produce con frecuencia en la lactancia o en la primera infancia y puede persistir en la edad adulta. Asimismo, la evitación que se basa en las características organolépticas de los alimentos tiende a presentarse en la primera década de la vida, pero puede persistir hasta la edad adulta. La evitación relacionada con las consecuencias aversivas puede presentarse a cualquier edad. La escasa literatura sobre los resultados a largo plazo sugiere que la evitación o la restricción de alimentos basada en aspectos sensoriales es relativamente estable y duradera; sin embargo, cuando persiste hasta la edad adulta, dicha evitación/restricción puede asociarse a un funcionamiento relativamente normal. No hay actualmente suficientes indicios que relacionen el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos con el posterior inicio de un trastorno de la conducta alimentaria.

Los niños pequeños con trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos pueden estar irritables y ser difíciles de calmar durante la alimentación, o pueden parecer apáticos e introvertidos. En algunos casos, la interacción entre padres e hijos puede contribuir al problema de alimentación de los niños (p. ej., al presentar la comida de un modo inapropiado o al interpretar el comportamiento del niño como un acto de agresión o de rechazo). Una ingestión nutricional inadecuada puede exacerbar las características asociadas (p. ej., irritabilidad, retrasos del desarrollo) y contribuir además a los problemas de la ingesta de alimentos. Los factores asociados son un deterioro del desarrollo o del temperamento del niño que reduce su receptividad a la alimentación. Si al cambiar de cuidadores se nota una mejoría de la alimentación y el peso, este hecho es indicativo de la posible existencia de psicopatología parental, malos tratos o desatención del niño. En los bebés, los niños y los adolescentes prepúberes, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se puede asociar a un retraso del crecimiento, y la malnutrición

resultante afecta negativamente al potencial de aprendizaje y desarrollo. En los niños mayores, los adolescentes y los adultos, el funcionamiento social se tiende a afectar negativamente. A pesar de la edad, se puede afectar la función familiar, incrementándose el estrés a la hora de comer y en otros contextos de alimentación o ingesta de alimentos en que se vean implicados amigos o familiares.

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se manifiesta más frecuentemente en niños que en adultos y puede haber una gran demora entre el inicio del trastorno y la consulta clínica. Los indicadores de la presentación varían considerablemente e incluyen problemas emocionales, sociales y físicos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los trastornos de ansiedad, el trastorno del espectro autista, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad pueden aumentar el riesgo de comportamientos de evitación o restricción de la alimentación o la ingesta, característicos del trastorno.

Ambientales. Entre los factores de riesgo ambientales del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos se encuentra la ansiedad familiar. Los porcentajes más altos de problemas de alimentación pueden presentarse en los hijos de madres con trastornos de la conducta alimentaria.

Genéticos y fisiológicos. Los antecedentes de afecciones gastrointestinales, el reflujo gastroesofágico, los vómitos y un abanico de otros problemas clínicos se han asociado a los comportamientos de la alimentación y la ingesta que son característicos del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Se producen presentaciones similares al trastorno de evitación/restricción de ingesta de alimentos en diferentes poblaciones, entre las que se encuentran Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa. No se debería diagnosticar el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos cuando dicha evitación esté relacionada únicamente con determinadas prácticas culturales o religiosas.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos es igualmente frecuente en los niños y en las niñas, tanto en la lactancia como en la primera infancia; sin embargo, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos comórbido con el trastorno del espectro autista predomina en los varones. Se puede producir la evitación o la restricción de alimentos en relación con la sensibilidad sensorial alterada de algunos estados fisiológicos, el más importante de los cuales es el embarazo, aunque normalmente no se trata de cuadros intensos y no se cumplen todos los criterios del trastorno.

Marcadores diagnósticos

Los marcadores diagnósticos son la malnutrición, el bajo peso, el retraso del crecimiento y la necesidad de nutrición artificial, en ausencia de otra afección médica clara que no sea una ingesta escasa de alimentos.

Consecuencias funcionales del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Entre las limitaciones funcionales y del desarrollo asociadas se encuentran el deterioro del desarrollo físico y las dificultades sociales, que pueden tener una importante repercusión negativa en el funcionamiento familiar.

Diagnóstico diferencial

La pérdida de apetito que precede a la restricción en la ingesta de alimentos es un síntoma inespecífico que puede acompañar a un cierto número de trastornos mentales. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede diagnosticarse al mismo tiempo que los trastornos enumerados seguidamente si se cumplen todos los criterios y el trastorno de la conducta alimentaria requiere una atención clínica específica.

Otras afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, alergia e intolerancia alimentaria, cáncer oculto). La restricción de la ingesta de alimentos puede presentarse en otras afecciones médi-

cas, especialmente en aquellas que cursan con síntomas como vómitos, pérdida de apetito, náuseas, dolor abdominal o diarrea. El diagnóstico del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos requiere que el trastorno de la ingesta vaya más allá de lo que se podría explicar directamente por los síntomas físicos relacionados con una afección médica; el trastorno de la conducta alimentaria también podría persistir después de desencadenarse una afección médica y seguir después de la resolución de ésta.

Las afecciones mentales comórbidas o las afecciones médicas subyacentes pueden complicar la alimentación y la ingesta. Debido a que a menudo las personas más mayores, los pacientes posquirúrgicos y los pacientes que reciben quimioterapia pierden el apetito, el diagnóstico adicional de trastorno de evitación/restricción requiere que el trastorno de la conducta alimentaria sea el objetivo primario de la intervención.

Trastornos congénitos, estructurales, neurológicos/neuromusculares específicos y afecciones asociadas con problemas de alimentación. Los problemas de alimentación son frecuentes en varias afecciones congénitas y neurológicas que a menudo se relacionan con problemas en la función y la estructura oral/esofágica/faríngea, como la hipotonía de la musculatura, la protrusión de la lengua y la deglución insegura. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede diagnosticarse en los individuos con este tipo de presentaciones siempre que se cumplan todos los criterios diagnósticos.

Trastorno de apego reactivo. De manera característica se puede producir algún grado de abandono en el trastorno de apego reactivo, lo que puede llevar a una alteración de la relación cuidador-niño que puede afectar a la alimentación y a la ingesta de alimentos de este último. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería diagnosticar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si el trastorno de la conducta alimentaria es un objetivo primario de la intervención.

Trastorno del espectro autista. Los individuos con trastorno del espectro autista a menudo presentan comportamientos alimentarios rígidos y un aumento de las sensibilidades sensoriales. Sin embargo, estas características no siempre dan como resultado un grado de deterioro suficiente que requiera un diagnóstico de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería diagnosticar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si el trastorno de la conducta alimentaria requiere un tratamiento específico.

Fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social) y otros trastornos de ansiedad. En el epígrafe "Fobia específica, otra fobia" se describe lo siguiente: "situaciones que pueden derivar en ahogo o vómitos", que pueden ser el desencadenante primario del miedo, la ansiedad o la evitación requerida para el diagnóstico. Puede ser difícil distinguir la fobia específica del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos cuando el miedo a ahogarse o vomitar ya ha producido la evitación de la comida. Aunque la evitación o la restricción de la ingesta de alimentos secundaria a un miedo pronunciado a atragantarse o a vomitar puede conceptualizarse como fobia específica, en las situaciones en que los problemas alimentarios pasan a ser el foco principal de la atención clínica, el diagnóstico apropiado es el de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. En el trastorno de ansiedad social, el individuo puede presentar miedo a ser observado por los demás mientras come, lo cual puede suceder también en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Anorexia nerviosa. La restricción en la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo, es una característica principal de la anorexia nerviosa. Sin embargo, los individuos con anorexia nerviosa también tienen miedo a ganar peso o a engordar, o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, así como alteraciones específicas en relación a la vivencia y a la percepción de la constitución y el peso propios. Estas características no están presentes en el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y no se debería diagnosticar ambos trastornos al mismo tiempo. El diagnóstico diferencial entre el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y la anorexia nerviosa puede ser difícil, especialmente en la infancia tardía y en la adolescencia temprana, dado que estos trastornos pueden compartir numerosos síntomas (p. ej., evitación de los alimentos, bajo peso). El diagnóstico diferencial también puede ser difícil en los individuos con anorexia nerviosa que niegan tener miedo a engordar pero que, sin embargo, persisten en sus comportamientos para impedir el aumento de peso, y que no reconocen la gravedad médica del peso bajo, presentación a veces denominada "anorexia nerviosa sin fobia a la obesidad". Se aconseja considerar el conjunto de los síntomas, el curso y los antecedentes familiares para efectuar el diagnóstico, que se realiza mejor

en el contexto de una relación clínica duradera. En algunos individuos, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos puede preceder el inicio de una anorexia nerviosa.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo pueden presentar evitación o restricción de la ingesta por estar preocupados con la comida o presentar comportamientos ritualizados para la ingesta. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería diagnosticar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y si la alimentación anormal es un aspecto principal de la presentación clínica que requiere una intervención específica.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor, el apetito se puede afectar de tal manera que los individuos presentan una restricción significativa de la ingesta de comida que generalmente afecta al aporte de energía global y a menudo se relaciona con pérdida de peso. Normalmente, la pérdida de apetito y la consiguiente reducción de la ingesta disminuyen al resolverse los problemas del estado de ánimo. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos sólo se debería utilizar al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y cuando el trastorno de la conducta alimentaria requiera un tratamiento específico.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia, trastorno delirante u otros trastornos psicóticos pueden mostrar comportamientos extraños con la alimentación, pueden evitar ciertos alimentos por sus creencias delirantes y pueden manifestar otros tipos de evitación o restricción de la ingesta. En algunos casos, las creencias delirantes pueden contribuir a la preocupación por las consecuencias negativas de la ingesta de ciertos alimentos. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos solamente debería aplicarse al mismo tiempo si se cumplen todos los criterios de ambos trastornos y cuando el trastorno de la conducta alimentaria requiera un tratamiento específico.

Trastorno facticio y trastorno facticio aplicado a otro. El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe distinguirse del trastorno facticio y del trastorno facticio aplicado a otro. Para asumir el rol de enfermo, algunos individuos con trastorno facticio pueden describir intencionadamente dietas que son mucho más restrictivas que las que consumen realmente, así como complicaciones derivadas de dicho comportamiento, como necesidad de alimentación enteral o de suplementos nutricionales, incapacidad para tolerar una variedad normal de alimentos e incapacidad de participar con normalidad en situaciones propias de la edad que tengan que ver con la comida. La presentación puede llegar a ser espectacularmente sugestiva y cautivadora, y los síntomas se pueden explicar de forma incoherente. Cuando se diagnostica el trastorno facticio aplicado a otro, es el cuidador el que describe los síntomas que se corresponden con el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y que pueden causar síntomas físicos, como la ausencia de aumento de peso. Por eso mismo, en todo diagnóstico de trastorno facticio aplicado a otro es el cuidador el que recibe el diagnóstico en lugar del propio afectado, y sólo se debería llevar a cabo dicho diagnóstico basándose en una valoración prudente y comprensiva del individuo afectado, del cuidador y de la interacción entre ambos.

Comorbilidad

Los trastornos comórbidos que se observan más frecuentemente con el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos son los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos del neurodesarrollo (especialmente el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual]).

Anorexia nerviosa

Criterios diagnósticos

A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es **307.1**, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación).

Especificar si:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: IMC ≥ 17 kg/m^2
Moderado: IMC 16–16,99 kg/m^2
Grave: IMC 15–15,99 kg/m^2
Extremo: IMC < 15 kg/m^2

Subtipos

La mayoría de individuos con el tipo de anorexia con atracones/purgas, que se atracan de comida, también se purgan a través del vómito autoprovocado o la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas. Algunas personas con este subtipo de anorexia nerviosa no se atracan de comida, pero se purgan regularmente después de consumir pequeñas cantidades de alimentos.

El intercambio entre subtipos durante el curso del trastorno no es infrecuente; de este modo, la descripción del subtipo se debería utilizar para describir los síntomas actuales más que para describir un curso longitudinal.

Características diagnósticas

La anorexia nerviosa tiene tres características básicas: la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. El individuo mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud física (Criterio A). El peso corporal de los individuos a menudo cumple este criterio después de una pérdida de peso significativa, pero en los niños y en los adolescentes se puede observar que no se gana el peso esperado o no se mantiene el curso del desarrollo normal (mientras crece en estatura) en vez de una pérdida de peso.

El Criterio A requiere que el peso del individuo sea significativamente bajo (inferior al mínimo normal o, en los niños y los adolescentes, inferior al mínimo esperado). La valoración del peso puede ser difícil ya que el rango de pesos normales difiere entre individuos y entre los diferentes umbrales que se han publicado para definir la delgadez o el peso insuficiente. El índice de masa corporal (IMC, calculado como peso en kilogramos/altura en metros^2) es una medida útil para valorar el peso a partir de la altura. En los adultos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*, CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizan un IMC de 18,5 kg/m^2 como límite inferior del peso corporal normal. En consecuencia, se considera que la mayoría de los adultos con un IMC mayor o igual a 18,5 kg/m^2 no tienen un peso corporal significativamente bajo. Por otro lado, la OMS ha propuesto un IMC menor de 17,0 kg/m^2 para indicar la delgadez moderada o grave; en consecuencia, se consideraría que un individuo con un IMC menor de 17,0 kg/m^2 podría considerarse que tiene un peso significativamente bajo. Se debería considerar que un adulto con un IMC entre 17,0 y 18,5 kg/m^2, o incluso por encima de 18,5 kg/m^2, tiene un peso significativamente bajo si la historia clínica u otra información fisiológica apoyan este dictamen.

En los niños y en los adolescentes es útil determinar el percentil del IMC según la edad (véase, por ejemplo, la calculadora de percentiles de IMC de los CDC para niños y adolescentes). Como en los adultos, no es posible facilitar unos estándares definitivos para determinar si el peso de un niño o de un adolescente es significativamente bajo, y las variaciones del curso del desarrollo entre unos jóvenes y otros limitan su utilidad a simples guías numéricas. Los CDC han utilizado un IMC según la edad por debajo del percentil 5 como indicativo de peso insuficiente; sin embargo, se puede valorar que los niños y los adolescentes con un IMC por encima de esta referencia tienen un peso significativamente insuficiente si no logran mantener el curso de crecimiento esperado. En resumen, para determinar si se cumple el Criterio A, los clínicos deberían considerar las guías numéricas disponibles además de la constitución física del individuo, los antecedentes referentes al peso y cualquier posible alteración fisiológica.

Los individuos con este trastorno suelen tener miedo intenso a ganar peso o a engordar (Criterio B). Este miedo intenso a engordar no se alivia por lo general con la pérdida de peso. De hecho, la preocupación por ganar peso puede aumentar incluso cuando se pierde. Los individuos más jóvenes con anorexia nerviosa, así como algunos adultos, pueden no reconocer ni admitir el miedo a ganar peso. En ausencia de otra explicación para un peso significativamente bajo, para establecer el Criterio B se pueden usar las conclusiones a las que llega el facultativo a partir de la historia colateral, los datos observacionales, los hallazgos físicos y de laboratorio o el curso longitudinal, que serían indicativas del miedo a ganar peso o de comportamientos persistentes para impedirlo.

La percepción y la importancia del peso corporal y la constitución están distorsionadas en estos individuos (Criterio C). Algunas personas sienten que tienen sobrepeso en general. Otras se dan cuenta de que están delgadas pero les preocupa que algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, están "demasiado gordos". Pueden emplear diferentes técnicas para valorar la talla o el peso corporal, como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zonas de "grasa". La autoestima de los individuos con anorexia nerviosa depende mucho de cómo perciben su peso y su constitución corporal. La pérdida de peso se ve a menudo como un logro impresionante y un signo de extraordinaria autodisciplina, mientras que el aumento de peso se percibe como un fracaso inaceptable del autocontrol. Aunque algunos individuos con este trastorno pueden admitir que están delgados, a menudo no reconocen las graves consecuencias médicas de su estado de desnutrición.

A veces, el individuo es conducido a la consulta del profesional por los miembros de su familia después de una marcada pérdida de peso (o de no ganar el peso esperado). Si los individuos buscan ayuda por su cuenta, se debe normalmente al malestar asociado a las secuelas somáticas y psicológicas del hambre. Es raro que un individuo con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso en sí. De hecho, las personas con anorexia nerviosa frecuentemente no tienen un concepto claro del problema o directamente lo niegan. En consecuencia, suele ser importante obtener información de los miembros de la familia o de otras fuentes para evaluar los antecedentes de la pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La semihambre de la anorexia nerviosa y los comportamientos de purga que a veces se asocian a la misma pueden llevar a desarrollar afecciones médicas que pueden suponer una amenaza importante para la vida. El compromiso nutricional asociado a este trastorno afecta a la mayor parte de los sistemas orgánicos principales y puede producir varias alteraciones. Entre las alteraciones fisiológicas se encuentra la amenorrea, y son frecuentes las anomalías de las constantes vitales. Aunque la mayoría de las alteraciones fisiológicas asociadas a la malnutrición son reversibles mediante la rehabilitación nutricional, algunas, como la pérdida de densidad mineral ósea, a menudo no lo son del todo. Comportamientos tales como el vómito autoprovocado y la utilización incorrecta de laxantes, diuréticos y enemas pueden causar alteraciones que generan resultados analíticos anormales; sin embargo, algunos individuos con anorexia nerviosa no muestran anomalías en las pruebas de laboratorio.

Muchas personas con anorexia nerviosa tienen signos y síntomas depresivos, como ánimo deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y disminución del interés por el sexo, cuando tienen un peso muy bajo. Debido a que estas características también se observan en las personas que no presentan anorexia nerviosa pero que están bastante desnutridas, se puede deducir que muchas de las características depresivas pueden ser secundarias a las secuelas fisiológicas de la semihambre, aunque también podrían ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo mayor.

Los síntomas obsesivo-compulsivos, estén o no relacionados con la alimentación, son a menudo destacados. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa está preocupada con pensamientos sobre la comida. Algunos acaparan recetas o acumulan comida. Las observaciones de los comportamientos asociados a otras formas de hambre sugieren que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida se pueden exacerbar por la desnutrición. Si los individuos con anorexia nerviosa muestran obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos, la constitución corporal o el peso, se podría justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Otras características que a veces se asocian a la anorexia nerviosa son la preocupación por comer en público, la sensación de ineficacia, un fuerte deseo de controlar lo que les rodea, el pensamiento inflexible, una espontaneidad social limitada y una contención excesiva de la expresión emocional. En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restringido, los que presentan el tipo con atracones/purgas tienen niveles superiores de impulsividad y son más propensos a abusar del alcohol y de otras drogas.

Un subgrupo de individuos con anorexia nerviosa presenta niveles excesivos de actividad física. El aumento de la actividad física a menudo precede al inicio del trastorno y, en el curso del trastorno, la actividad aumentada acelera la pérdida de peso. Durante el tratamiento, la actividad excesiva puede ser difícil de controlar y por lo tanto pone en riesgo la recuperación del peso.

Los individuos con anorexia nerviosa pueden usar incorrectamente los medicamentos, como por ejemplo, alterando las dosis para perder peso o evitar ganarlo. Los individuos con diabetes *mellitus* pueden omitir o reducir las dosis de insulina para minimizar el metabolismo de los carbohidratos.

Prevalencia

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4 %. Se sabe menos sobre la prevalencia entre los hombres, aunque la anorexia nerviosa es mucho menos común entre los hombres que entre las mujeres, reflejando normalmente la población clínica una proporción entre mujeres y hombres de aproximadamente 10:1.

Desarrollo y curso

La anorexia nerviosa suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Rara vez empieza antes de la pubertad o después de los 40 años, aunque se han descrito casos de inicio tanto temprano como tardío. El inicio de este trastorno se suele asociar a un acontecimiento vital estresante, como dejar el hogar familiar para ir a la universidad. El curso y el desenlace de la anorexia nerviosa son muy variables. Las personas más jóvenes pueden manifestar características atípicas, como negar el "miedo a estar

gordo". En los individuos de más edad es más probable que la enfermedad tenga una mayor duración, y la presentación clínica puede contar con más signos y síntomas propios de un trastorno de larga duración. Los clínicos no deberían excluir la anorexia nerviosa del diagnóstico diferencial basándose únicamente en la mayor edad del individuo.

Muchas personas tienen un período de cambio en su conducta alimentaria antes de que se cumplan todos los criterios para diagnosticar el trastorno. Algunos individuos con anorexia nerviosa se recuperan completamente después de un solo episodio; algunos muestran un patrón fluctuante de aumento de peso seguido de una recaída y otros presentan un curso crónico durante muchos años. Podría ser necesaria la hospitalización para recuperar el peso y solucionar las complicaciones médicas. La mayoría de los individuos con anorexia nerviosa presenta una remisión a los 5 años del comienzo. Entre los individuos ingresados en hospitales, las tasas de remisión total pueden ser menores. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la anorexia nerviosa es de aproximadamente un 5 % por década. La muerte se suele producir por las complicaciones médicas asociadas a la propia enfermedad o por suicidio.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Ambientales. La variabilidad histórica e intercultural que presenta la prevalencia de la anorexia nerviosa avala su relación con la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez. Las profesiones y las aficiones que alientan la delgadez, como ser modelo o deportista de élite, también se relacionan con un mayor riesgo de presentar la enfermedad.

Genéticos y fisiológicos. Existe un mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que tienen el trastorno. También se ha hallado un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa, especialmente entre los familiares de los individuos que tienen el tipo con atracones/purgas. Los porcentajes de concordancia para la anorexia nerviosa entre los gemelos monocigóticos son significativamente mayores que los observados en los dicigóticos. Se han descrito un conjunto de anomalías cerebrales en la anorexia nerviosa gracias a las técnicas de imágenes funcionales (imágenes de resonancia magnética funcional, tomografía de emisión de positrones). No está claro hasta qué punto estos hallazgos reflejan alteraciones asociadas a la desnutrición o anomalías primarias asociadas al trastorno.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La anorexia nerviosa se da entre poblaciones cultural y socialmente diversas, aunque los datos disponibles sugieren variaciones interculturales en cuanto a su existencia y presentación. La anorexia nerviosa es, probablemente, más prevalente en los países industrializados con rentas altas, como Estados Unidos, muchos países europeos, Australia, Nueva Zelanda y Japón, aunque se desconoce su incidencia en la mayoría de los países de rentas medias y bajas. Aunque la prevalencia de la anorexia nerviosa parece comparativamente menos frecuente entre los latinoamericanos, los afroamericanos y los asiáticos, los clínicos deberían ser conscientes de que en Estados Unidos la utilización de los servicios de salud mental por parte de los individuos con trastornos de la conducta alimentaria es significativamente menor en estos grupos étnicos, y que estas tasas bajas pueden reflejar un cierto sesgo. Las preocupaciones por el peso entre los individuos con trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos varía sustancialmente en los diferentes contextos culturales. La falta de expresión de un miedo intenso a ganar peso, referido a veces como "fobia a la grasa", parece ser relativamente más común en las poblaciones de Asia, donde la razón para la restricción de la dieta se suele relacionar con una queja mejor aceptada culturalmente, como el malestar gastrointestinal. Dentro de Estados Unidos, las presentaciones que no verbalizan un miedo intenso a ganar peso pueden ser comparativamente más comunes entre los latinoamericanos.

Marcadores diagnósticos

En la anorexia nerviosa se pueden observar las siguientes anomalías en las pruebas de laboratorio; su presencia puede servir para aumentar la fiabilidad del diagnóstico.

Hematología. La leucopenia es frecuente con pérdida de todo tipo de células, aunque normalmente existe una linfocitosis aparente. Puede haber anemia leve, así como trombocitopenia y, rara vez, problemas hemorrágicos.

Bioquímica sérica. La deshidratación se puede evidenciar por un nivel elevado de nitrógeno ureico en sangre. Es frecuente la hipercolesterolemia. Los niveles de enzimas hepáticas pueden estar elevados. Puede observarse ocasionalmente hipomagnesemia, hipozinquemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. El vómito autoprovocado puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), hipocloremia e hipopotasemia; el consumo excesivo de laxantes puede causar una acidosis metabólica leve.

Endocrino. Los niveles de tiroxina (T4) en el suero están normalmente en un nivel normal-bajo; los niveles de triyodotironina (T3) están disminuidos, mientras que los niveles de T3 inversa están elevados. Las mujeres presentan niveles bajos de estrógenos en el suero, mientras que los hombres tienen niveles séricos bajos de testosterona.

Electrocardiografía. La bradicardia sinusal es común y rara vez se detectan arritmias. En algunos individuos se observa una prolongación significativa del intervalo QTc.

Masa ósea. A menudo se observa una baja densidad mineral ósea, con áreas específicas de osteopenia u osteoporosis. El riesgo de fractura es significativamente elevado.

Electroencefalografía. Se pueden producir anormalidades difusas que reflejen una encefalopatía metabólica, a causa de alteraciones hidroelectrolíticas significativas.

Gasto energético en reposo. A menudo se produce una reducción significativa del gasto energético en reposo.

Signos físicos y síntomas. Muchos de los signos físicos y de los síntomas de la anorexia nerviosa se atribuyen al hambre. La amenorrea suele estar presente y parece ser un indicador de disfunción fisiológica. Si está presente, la amenorrea es generalmente consecuencia de la pérdida de peso, aunque en una minoría de individuos puede, de hecho, preceder a la pérdida de peso. En las niñas prepúberes, la menarquia se puede retrasar. Además de la amenorrea, puede haber quejas de estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y exceso de energía.

El hallazgo más sobresaliente en la exploración física es la emaciación. Suele haber hipotensión, hipotermia y bradicardia significativas. Algunos individuos desarrollan lanugo, un vello corporal fino y suave. Algunos desarrollan edema periférico, especialmente durante la recuperación del peso o con el cese del abuso de los laxantes y los diuréticos. Raramente puede haber petequias o equimosis, generalmente en las extremidades, que pueden indicar una diátesis hemorrágica. Algunos individuos muestran un color amarillento de la piel asociado a una hipercarotenemia. Como puede observarse en los individuos con bulimia nerviosa, los individuos con anorexia nerviosa que se autoprovocan el vómito pueden tener hipertrofia de las glándulas salivales, particularmente de las glándulas parótidas, así como erosión del esmalte dental. Algunos individuos pueden tener cicatrices o callos en la superficie dorsal de la mano por el contacto repetido con los dientes mientras se provocan el vómito.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es elevado en la anorexia nerviosa, con tasas publicadas del 12 por 100.000 al año. Una evaluación completa de los individuos con anorexia nerviosa debería incluir una valoración de las conductas e ideas suicidas, así como de otros factores de riesgo de suicidio, incluidos los antecedentes de tentativas de suicidio.

Consecuencias funcionales de la anorexia nerviosa

Los individuos con anorexia nerviosa pueden mostrar todo un abanico de limitaciones funcionales asociadas al trastorno. Aunque algunas personas siguen activas en los ámbitos profesional y social, otras muestran un aislamiento social significativo o incapacidad de mantener el potencial académico o la carrera profesional.

Diagnóstico diferencial

Se deberían considerar otras posibles causas para un peso corporal significativamente bajo o una pérdida significativa de peso en el diagnóstico diferencial de la anorexia nerviosa, especialmente cuando ésta presenta características atípicas (p. ej., con inicio después de los 40 años).

Afecciones médicas (p. ej., enfermedad gastrointestinal, hipertiroidismo, cáncer oculto y síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]). En estas enfermedades se puede producir una pérdida importante de peso, pero las personas con estos trastornos normalmente no suelen manifestar una percepción alterada del propio peso o la propia constitución, ni miedo intenso a ganar peso, ni comportamientos insistentes que interfieran con el aumento apropiado del peso. La pérdida aguda de peso asociada a una afección médica puede desencadenar ocasionalmente el inicio o la recurrencia de una anorexia nerviosa, que se podrá ocultar inicialmente tras la afección médica comórbida. Rara vez se desarrolla una anorexia nerviosa después de una cirugía bariátrica para la obesidad.

Trastorno depresivo mayor. En el trastorno depresivo mayor se puede producir una pérdida importante de peso, aunque la mayoría de los individuos con trastorno depresivo mayor no tiene deseos excesivos de perder peso, ni miedo intenso a ganarlo.

Esquizofrenia. Los individuos con esquizofrenia pueden presentar comportamientos alimentarios extraños y pueden tener ocasionalmente pérdidas significativas de peso, pero raramente muestran miedo a ganar peso o la alteración de la imagen corporal que exige el diagnóstico de anorexia nerviosa.

Trastornos por consumo de sustancias. Los individuos con trastornos por consumo de sustancias pueden tener un peso bajo debido a una ingesta nutricional escasa, pero generalmente no tienen miedo a ganar peso y no manifiestan ninguna alteración de su imagen corporal. Los individuos que abusan de sustancias que reducen el apetito (p. ej., cocaína, estimulantes) y que admiten tener miedo a ganar peso deben ser evaluados cuidadosamente ante la posibilidad de una anorexia nerviosa comórbida, dado que el consumo de sustancias puede representar un comportamiento persistente capaz de interferir con el aumento de peso (Criterio B).

Trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico corporal. Algunas de las características de la anorexia nerviosa se solapan con los criterios de la fobia social, el TOC y el trastorno dismórfico corporal. En particular, los individuos pueden sentirse humillados o avergonzados si les ven comiendo en público, como en la fobia social; pueden mostrar obsesiones y compulsiones relacionadas con los alimentos, como en el TOC; o pueden preocuparse por un defecto imaginario en su apariencia corporal, como en el trastorno dismórfico corporal. Si el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales que se limitan solamente a la conducta alimentaria, no se debería realizar un diagnóstico de fobia social, aunque los miedos sociales que no están relacionados con la conducta alimentaria (p. ej., el miedo excesivo a hablar en público) podrían justificar un diagnóstico adicional de fobia social. Análogamente, se debería considerar un diagnóstico adicional de TOC solamente si el individuo presenta obsesiones y compulsiones que no están relacionadas con los alimentos (p. ej., un miedo excesivo a la contaminación), y se debería considerar el diagnóstico adicional de trastorno dismórfico corporal solamente si la distorsión no está relacionada con el tamaño y la constitución corporal (p. ej., la preocupación de que la propia nariz es demasiado grande).

Bulimia nerviosa. Los individuos con bulimia nerviosa muestran episodios recurrentes de atracones, utilizan comportamientos inapropiados para evitar ganar peso (p. ej., el vómito autoprovocado) y están excesivamente preocupados por el peso y por la constitución corporal. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con los individuos con anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas, los individuos con bulimia nerviosa mantienen un peso corporal igual o mayor que el límite inferior normal.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Los individuos con este trastorno pueden mostrar una pérdida de peso significativa o un déficit nutricional significativo, pero no tienen miedo a ganar peso o a engordar, ni tienen ninguna alteración en la forma de percibir su peso y su constitución corporal.

Comorbilidad

Los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares concurren frecuentemente con la anorexia nerviosa. Muchos individuos con anorexia nerviosa refieren la presencia de síntomas ansiosos o un tras-

torno de ansiedad antes del inicio del trastorno de la conducta alimentaria. En algunos individuos con anorexia nerviosa se han descrito casos de TOC, especialmente en los de tipo restrictivo. El trastorno por abuso de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias también pueden ser comórbidos con la anorexia nerviosa, especialmente en el tipo con atracones/purgas.

Bulimia nerviosa

Criterios diagnósticos 307.51 (F50.2)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
   1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
   2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Características diagnósticas

Hay tres características principales de la bulimia nerviosa: los episodios recurrentes de atracones (Criterio A), los comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso (Criterio B), y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal (Criterio D). Para realizar el diagnóstico, los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante 3 meses (Criterio C).

Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1). El contexto en el cual se produce la

ingesta puede condicionar la valoración del clínico acerca de si ésta es excesiva. Por ejemplo, una cantidad de alimentos que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante la comida de una celebración o una festividad. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a 2 horas. Un único episodio de atracón no se limita necesariamente a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.

La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para poder considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos describen características disociativas durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control relacionado con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entran de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos declaran que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que presentan pérdida de control. En algunos casos, los atracones también se pueden planificar.

El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos que en otras circunstancias evitarían.

Los individuos con bulimia nerviosa se sienten típicamente avergonzados de sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo tienen consecuencias a largo plazo, como la autoevaluación negativa y la disforia.

Otra característica fundamental de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, conocidos generalmente como *comportamientos de purga o purgas* (Criterio B). Muchos individuos con bulimia nerviosa emplean varios métodos para compensar los atracones. Vomitar es el comportamiento compensatorio inapropiado más frecuente. Entre los efectos inmediatos de vomitar se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar, o vomitará después de ingerir una pequeña cantidad de comida. Los individuos con bulimia nerviosa pueden utilizar gran variedad de métodos para provocar el vómito, entre los que se encuentra el uso de los dedos o de instrumentos para estimular el reflejo nauseoso. Los individuos generalmente se tornan habilidosos para provocarse el vómito y finalmente son capaces de vomitar a voluntad. Raramente, los individuos usan jarabe de ipecacuana para provocarse el vómito. Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos. En casos excepcionales también se pueden utilizar otros métodos compensatorios. Los individuos con bulimia nerviosa pueden usar enemas incorrectamente después de los episodios de atracones, pero éste raramente suele ser el único método compensatorio empleado. Las personas con este trastorno pueden tomar hormona tiroidea para intentar evitar ganar peso. Los individuos con diabetes *mellitus* y bulimia nerviosa pueden omitir o reducir las dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos consumidos durante los atracones. Los individuos con bulimia nerviosa pueden ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso. El ejercicio se puede considerar excesivo cuando interfiere de un modo significativo con otras actividades importantes, cuando se realiza en momentos o en lugares inapropiados, o cuando se continúa haciendo a pesar de alguna lesión o a pesar de otras complicaciones médicas.

Las personas con bulimia nerviosa le conceden una importancia excesiva al peso o a la constitución corporal en su autoevaluación, y estos factores son, por lo general, extremadamente importantes para

determinar su autoestima (Criterio D). Los individuos con este trastorno pueden parecerse mucho a los que sufren anorexia nerviosa por su miedo a ganar peso, por su deseo de perder peso y por el grado de insatisfacción con sus cuerpos. Sin embargo, no se debería hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa si el trastorno se produce solamente durante episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con bulimia nerviosa suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] ≥ 18,5 y < 30 en los adultos). El trastorno se produce, aunque es infrecuente, en personas obesas. Entre los atracones, los individuos con bulimia nerviosa suelen restringir su consumo total de calorías y preferentemente eligen los alimentos menos calóricos, "de régimen", y evitan los alimentos que perciben que pueden engordar o que probablemente puedan desencadenar un atracón.

Las irregularidades menstruales o la amenorrea se producen a menudo en las mujeres con bulimia nerviosa; no está claro si dichas alteraciones se relacionan con las fluctuaciones del peso, con las deficiencias nutricionales o con el malestar emocional. Las alteraciones hidroelectrolíticas que se producen por los comportamientos de purga son a veces lo suficientemente graves como para constituir problemas médicamente importantes. Entre las complicaciones raras, aunque potencialmente mortales, se incluyen los desgarros esofágicos, la perforación gástrica y las arritmias cardíacas. Se han comunicado graves miopatías cardíacas y esqueléticas en las personas que han usado repetidamente el jarabe de ipecacuana para provocar el vómito. Los individuos que abusan de los laxantes de manera crónica pueden desarrollar una dependencia de su uso para estimular los movimientos intestinales. Algunos síntomas gastrointestinales se suelen asociar a la bulimia nerviosa, y también se ha descrito el prolapso rectal entre los individuos con este trastorno.

Prevalencia

La prevalencia a doce meses de la bulimia nerviosa entre las mujeres jóvenes es del 1-1,5 %. La prevalencia puntual es mayor entre los adultos jóvenes, puesto que el trastorno tiene un pico en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana. Poco se sabe sobre la prevalencia puntual de la bulimia nerviosa en los hombres, aunque ésta es mucho menos común en los hombres que en las mujeres, con una proporción entre mujeres y hombres de 10:1.

Desarrollo y curso

La bulimia nerviosa suele comenzar en la adolescencia o en la edad adulta temprana. El inicio antes de la pubertad o después de los 40 años es infrecuente. Los atracones frecuentemente empiezan durante o después de una dieta para perder peso. La experiencia de varios acontecimientos estresantes puede también precipitar el inicio de la bulimia nerviosa.

Los comportamientos de ingesta alterados persisten al menos durante varios años en un alto porcentaje de las muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión alternándose con recurrencias de atracones. Sin embargo, en el seguimiento a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir con o sin tratamiento, aunque el tratamiento afecta claramente al resultado. Los períodos de remisión mayores de un año se asocian a mejores resultados a largo plazo.

Se ha comunicado un riesgo significativamente alto de mortalidad (por suicidio y por todas las causas) en los individuos con bulimia nerviosa. La TBM (tasa bruta de mortalidad) de la bulimia nerviosa es cercana al 2 % por década.

El cambio de diagnóstico de una bulimia nerviosa inicial a la anorexia nerviosa se produce en una minoría de casos (10-15 %). Los individuos que experimentan este tránsito a la anorexia nerviosa suelen volver a tener bulimia nerviosa o pueden tener varios episodios de cambio entre estos trastornos. Hay un subgrupo de personas con bulimia nerviosa que continúa con los atracones pero dejan de realizar comportamientos compensatorios inapropiados, por lo que sus síntomas cumplen los

criterios del trastorno de atracones u otro trastorno de la conducta alimentaria especificado. El diagnóstico debería basarse en la presentación clínica actual (los 3 meses anteriores).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Las preocupaciones sobre el peso, la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia se asocian a un aumento del riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Ambientales. Se ha observado que la interiorización de un ideal de cuerpo delgado aumenta el riesgo de desarrollar preocupaciones por el peso, lo cual a su vez aumenta el riesgo de presentar una bulimia nerviosa. Los individuos que sufrieron abusos de carácter físico o sexual en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.

Genéticos y fisiológicos. La obesidad en la infancia y el desarrollo puberal temprano aumentan el riesgo de bulimia nerviosa. Puede existir una transmisión familiar de la bulimia nerviosa, así como vulnerabilidad genética para el trastorno.

Modificadores del curso. La gravedad de la comorbilidad psiquiátrica predice peores resultados a largo plazo en la bulimia nerviosa.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Se ha descrito que la bulimia nerviosa se produce con una frecuencia bastante similar en la mayoría de los países industrializados, entre los que se encuentran Estados Unidos, Canadá, muchos países europeos, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. En los estudios clínicos de la bulimia nerviosa en Estados Unidos, los individuos que presentan dicho trastorno son principalmente caucásicos. Sin embargo, el trastorno se produce también en otros grupos étnicos y con una prevalencia que es comparable a la estimada en las muestras caucásicas.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La bulimia nerviosa es mucho más común en las mujeres que en los hombres. Los hombres están especialmente infrarrepresentados en las muestras de personas que buscan tratamiento por razones que todavía no se han examinado sistemáticamente.

Marcadores diagnósticos

En la actualidad no existe ninguna prueba diagnóstica específica para la bulimia nerviosa. Sin embargo, se pueden producir varias anomalías en los resultados de laboratorio como consecuencia de las purgas que pueden aumentar la seguridad del diagnóstico. Entre ellas están las anomalías hidroelectrolíticas, como la hipopotasemia (que puede provocar arritmias cardíacas), la hipocloremia y la hiponatremia. La pérdida de ácido gástrico a través del vómito puede producir una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y la inducción de la diarrea o la deshidratación por el abuso de laxantes y diuréticos puede causar una acidosis metabólica. Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles moderadamente elevados de amilasa en el suero, lo que probablemente refleja un incremento de la isoenzima salival.

La exploración física no suele revelar problemas físicos. Sin embargo, una inspección bucal puede revelar una pérdida permanente y significativa del esmalte dental, especialmente en la superficie lingual de los dientes frontales, debido a los vómitos recurrentes. Estos dientes pueden llegar a estar astillados y parecer irregulares y "apolillados". También puede aumentar la frecuencia de caries dentales. En algunos individuos, las glándulas salivales, particularmente las glándulas parótidas, pueden llegar a estar notablemente aumentadas. Los individuos que se provocan el vómito mediante la estimulación manual del reflejo nauseoso pueden desarrollar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano por el contacto repetido con los dientes. Se han comunicado miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los individuos que usan repetidamente el jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es elevado en la bulimia nerviosa. Una evaluación completa de los individuos con este trastorno debería incluir una valoración de las conductas e ideas suicidas y otros factores de riesgo de suicidio, como los antecedentes de tentativas de suicidio.

Consecuencias funcionales de la bulimia nerviosa

Los individuos con bulimia nerviosa pueden presentar un abanico de limitaciones funcionales asociadas al trastorno. Una minoría de individuos refiere deterioros funcionales graves y el ámbito de la vida social es el que más probablemente se puede ver afectado negativamente por la bulimia nerviosa.

Diagnóstico diferencial

Anorexia nerviosa, del tipo con atracones/purgas. Los individuos que tienen un comportamiento de atracones que se produce solamente durante los episodios de anorexia nerviosa se diagnostican de anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas, y no se debería realizar un diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. En las personas con diagnóstico inicial de anorexia nerviosa que tienen atracones y purgas, pero cuya presentación ya no cumple los criterios de la anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas (p. ej., cuando el peso es normal), se debería realizar un diagnóstico de bulimia nerviosa solamente cuando se hayan cumplido todos los criterios de la bulimia nerviosa durante al menos 3 meses.

Trastorno de atracones. Algunos individuos se atracan pero no tienen comportamientos compensatorios inapropiados habitualmente. En estos casos se debería considerar el diagnóstico del trastorno de atracones.

Síndrome de Kleine-Levin. En ciertas afecciones neurológicas u otras afecciones médicas, como el síndrome de Kleine-Levin, se produce una alteración del comportamiento alimentario, pero no aparecen las características psicológicas propias de la bulimia nerviosa, como la preocupación excesiva por el peso y la constitución corporal.

Trastorno depresivo mayor, con características atípicas. Es frecuente la sobrealimentación en el trastorno depresivo mayor con características atípicas, pero las personas con este trastorno no tienen comportamientos compensatorios inapropiados y no muestran la preocupación excesiva por el peso o la constitución corporal que es característica de la bulimia nerviosa. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se deben diagnosticar ambos.

Trastorno de la personalidad límite. El comportamiento de atracarse se incluye en el criterio de comportamiento impulsivo que forma parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Si se cumplen los criterios del trastorno de la personalidad límite y de la bulimia nerviosa, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

La comorbilidad con los trastornos mentales es frecuente en los individuos con bulimia nerviosa, la mayoría de los cuales experimenta, al menos, otro trastorno mental, mientras que otros padecen varias afecciones comórbidas. La comorbilidad no se limita a un subconjunto en particular, sino que se produce dentro de un amplio espectro de trastornos mentales. Existe un aumento en la frecuencia de síntomas depresivos (p. ej., baja autoestima) y trastornos depresivos y bipolares (particularmente los trastornos depresivos) entre los individuos con bulimia nerviosa. En muchas personas, las alteraciones del estado de ánimo se inician al mismo tiempo o después del desarrollo de la bulimia nerviosa, y estas personas a menudo atribuyen sus alteraciones del estado de ánimo a la bulimia nerviosa. Sin embargo, en algunos individuos, la alteración del estado de ánimo precede claramente al desarrollo de la bulimia nerviosa. También está elevada la frecuencia de los síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) y los trastornos de ansiedad. Estas alteraciones del estado de ánimo y de la ansiedad remiten con frecuencia después

del tratamiento eficaz de la bulimia nerviosa. La prevalencia vitalicia del consumo de sustancias, particularmente del consumo de alcohol o de estimulantes, es de al menos el 30 % entre los individuos con bulimia nerviosa. El consumo de estimulantes a menudo se inicia como un intento por controlar el peso y el apetito. Un porcentaje sustancial de individuos con bulimia nerviosa también presenta características de la personalidad que cumplen los criterios de uno o varios trastornos de la personalidad, siendo el más frecuente el trastorno de la personalidad límite.

Trastorno de atracones

Criterios diagnósticos 307.51 (F50.8)

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
   1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas.
   2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
   1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
   2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
   3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
   4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
   5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C. Malestar intenso respecto a los atracones.

D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno de atracones son los episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses (Criterio D). Un "episodio de atracón" se define como la ingesta en un período determinado de una cantidad de alimentos

que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar y en circunstancias parecidas (Criterio A1). El contexto en el que se produce la ingestión puede afectar a la valoración del clínico de si es o no excesiva. Por ejemplo, una cantidad de comida que sería considerada excesiva en una comida habitual podría considerarse normal durante una celebración o una festividad. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a las 2 horas. Un único episodio de atracón no necesita limitarse a un único entorno. Por ejemplo, un individuo puede empezar un atracón en un restaurante para después continuar comiendo al llegar a casa. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón.

La existencia del consumo excesivo de alimentos debe acompañarse de una sensación de falta de control (Criterio A2) para considerarlo un episodio de atracón. Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Algunos individuos refieren características disociativas durante o después de los episodios de atracones. El deterioro del control que se relaciona con los atracones puede no ser absoluto; por ejemplo, un individuo puede continuar atracándose mientras suena el teléfono, pero puede parar si un compañero de habitación o su cónyuge entra de forma inesperada en la estancia. Algunos individuos explican que sus episodios de atracones ya no se caracterizan por una sensación intensa de pérdida de control, sino más bien por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. Si los individuos refieren que han dejado de esforzarse por controlar su ingesta, se debería considerar que existe pérdida de control. En algunos casos, los atracones también se pueden planificar.

El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico.

Los atracones deben caracterizarse por un malestar intenso (Criterio C) y, al menos, tres de los hechos siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, y sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado (Criterio B).

Los individuos con trastorno de atracones se sienten típicamente avergonzados por sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones suelen producirse a escondidas o lo más discretamente posible. Los atracones a menudo continúan hasta que el individuo se siente incómodo, o incluso dolorido, lleno. El antecedente más frecuente de los atracones es el sentimiento negativo. Otros desencadenantes son los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento. Los atracones pueden minimizar o mitigar los factores que precipitaron el episodio a corto plazo, pero a menudo producen una autoevaluación negativa y disforia como consecuencias a largo plazo.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno de atracones se produce normalmente en personas de peso normal/sobrepeso y en personas obesas. Se ha asociado con frecuencia al sobrepeso y a la obesidad en los individuos que buscan tratamiento. Sin embargo, el trastorno de atracones es distinto de la obesidad. La mayoría de las personas obesas no tiene atracones recurrentes. Además, en comparación con los individuos obesos de igual peso pero sin trastorno de atracones, a los que tienen el trastorno consumen un mayor número de calorías en los estudios de laboratorio acerca del comportamiento alimentario y presentan mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, mayor malestar subjetivo y mayor comorbilidad psiquiátrica.

Prevalencia

La prevalencia a doce meses del trastorno de atracones en las mujeres o los hombres adultos (igual o mayores de 18 años) de Estados Unidos es de 1,6 y 0,8, respectivamente. La proporción por género está mucho menos desequilibrada en el trastorno de atracones que en la bulimia nerviosa. El trastorno de atracones es tan prevalente entre las mujeres de las minorías étnicas o raciales como entre las mujeres caucásicas. El trastorno es más prevalente entre los individuos que buscan tratamiento para perder peso que en la población general.

Desarrollo y curso

Se conoce poco sobre el desarrollo del trastorno de atracones. Tanto los atracones como la pérdida de control de la ingesta, sin un consumo objetivamente excesivo, se presentan en los niños y se asocian a aumento de la grasa corporal, aumento de peso y aumentos de los síntomas psicológicos. Los atracones son frecuentes en las muestras de adolescentes y universitarios. La pérdida de control de la ingesta o los atracones episódicos pueden representar, en algunos individuos, la fase prodrómica de un trastorno de la conducta alimentaria.

Muchos individuos con trastorno de atracones hacen régimen después de desarrollar los atracones (esto contrasta con la bulimia nerviosa, en la que el cumplimiento de un régimen disfuncional generalmente precede el inicio del atracón). El trastorno de atracones empieza típicamente en la adolescencia o en la edad adulta temprana, aunque también puede empezar a una edad adulta más tardía. Los individuos con trastorno de atracones que buscan tratamiento tienen, por lo general, mayor edad que las personas con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa que buscan tratamiento.

Las tasas de remisión en los estudios sobre el curso natural o sobre los resultados del tratamiento son menores en el trastorno de atracones que en la bulimia nerviosa o en la anorexia nerviosa. El trastorno de atracones parece ser relativamente persistente y su curso es comparable al de la bulimia nerviosa en términos de gravedad y duración. La oscilación entre el trastorno de atracones y otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria es poco frecuente.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de atracones se da dentro de algunas familias, lo que podría reflejar influencias genéticas aditivas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno de atracones se produce con una frecuencia bastante similar en la mayoría de los países industrializados, entre los que se encuentran Estados Unidos, Canadá, muchos países europeos, Australia y Nueva Zelanda. En Estados Unidos, la prevalencia del trastorno de atracones parece comparable entre los caucásicos no latinos, los latinos, los asiáticos y los afroamericanos.

Consecuencias funcionales del trastorno de atracones

El trastorno de atracones está asociado a un abanico de consecuencias funcionales entre las que se encuentran los problemas de adaptación al rol social, el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y con la satisfacción en la vida, un aumento en la morbilidad médica y la mortalidad, y una mayor utilización de los servicios de salud en comparación con los sujetos de control con igual índice de masa corporal (IMC). También puede asociarse a un aumento del riesgo de ganar peso y de desarrollar obesidad.

Diagnóstico diferencial

Bulimia nerviosa. El trastorno de atracones comparte con la bulimia nerviosa los atracones recurrentes, pero difiere de ella en otros aspectos fundamentales. En lo que se refiere a la presentación clínica, el comportamiento compensatorio recurrente inapropiado (p. ej., purgas, ejercicios dirigidos) que se observa en la bulimia nerviosa está ausente en el trastorno de atracones. A diferencia de los individuos con bulimia nerviosa, los individuos con trastorno de atracones no suelen restringir intensa o sustancialmente la dieta con la idea de influir sobre el peso corporal y la constitución entre los episodios de atracones. Pueden, sin embargo, referir intentos frecuentes de hacer régimen. El trastorno de atracones también difiere de la bulimia nerviosa en cuanto a su respuesta al tratamiento. Las tasas de mejoría son consistentemente mayores entre los individuos con trastorno de atracones que entre los que padecen bulimia nerviosa.

Obesidad. El trastorno de atracones se asocia al sobrepeso y la obesidad, pero tiene características fundamentales distintivas que lo diferencien de la obesidad. En primer lugar, los niveles de sobreevaluación

del peso y la constitución corporal son más elevados en las personas obesas con el trastorno que en aquéllas sin el trastorno. En segundo lugar, las tasas de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre las personas obesas con el trastorno que entre las que no lo presentan. En tercer lugar, los resultados satisfactorios a largo plazo de los tratamientos psicológicos basados en datos científicos, para el trastorno de atracones contrastan con la ausencia de tratamientos eficaces a largo plazo en la obesidad.

Trastornos depresivo y bipolar. El aumento del apetito y el aumento de peso se incluyen entre los criterios del episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas de los trastornos depresivos y bipolares. El aumento de la alimentación en el contexto de un episodio depresivo mayor puede o no estar relacionado con la pérdida de control. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos. Se pueden observar atracones y otros síntomas de un comportamiento alimentario alterado en el trastorno bipolar. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

Trastorno de la personalidad límite. Los atracones se encuentran entre los criterios de comportamiento impulsivo que forman parte de la definición del trastorno de la personalidad límite. Si se cumplen los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos.

Comorbilidad

El trastorno de atracones está asociado con una comorbilidad psiquiátrica significativa que es comparable a la de la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa. Los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y, en menor grado, los trastornos por consumo de sustancias. La comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad de los atracones y no con el grado de obesidad.

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

307.59 (F50.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. La categoría de otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "bulimia nerviosa de frecuencia baja").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Anorexia nerviosa atípica:** Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. **Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. **Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. **Trastorno por purgas:** Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

5. **Síndrome de ingesta nocturna de alimentos:** Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingesta. La ingesta nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingesta nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingesta alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno clínico o a un efecto de la medicación.

Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado

307.50 (F50.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastornos de la excreción

Los trastornos de la excreción implican la eliminación inapropiada de orina o heces y se suelen diagnosticar por primera vez durante la infancia o la adolescencia. Este grupo de trastornos incluye la *enuresis*, la emisión repetida de orina en lugares inapropiados, y la *encopresis*, la excreción repetida de heces en lugares inapropiados. Se incluyen subtipos para diferenciar la eliminación nocturna de la diurna (durante las horas de vigilia), en el caso de la orina, y la presencia o ausencia de estreñimiento e incontinencia por desbordamiento, en el caso de la encopresis. A pesar de que hay una edad mínima para el diagnóstico de ambos trastornos, éste no sólo debe tener en cuenta la edad cronológica, sino también la edad de desarrollo. Ambos trastornos pueden ser voluntarios o involuntarios y, aunque suelen darse por separado, también se ha observado su coexistencia.

Enuresis

Criterios diagnósticos 307.6 (F98.0)

A. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea voluntaria o involuntaria.
B. El comportamiento es clínicamente significativo cuando se manifiesta con una frecuencia de al menos 2 veces por semana durante un mínimo de 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente).
D. El comportamiento no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, epilepsia).

Especificar si:

Sólo nocturna: Emisión de orina solamente durante el sueño nocturno.
Sólo diurna: Emisión de orina durante las horas de vigilia.
Nocturna y diurna: Una combinación de los dos subtipos anteriores.

Subtipos

El subtipo de enuresis sólo nocturna, también conocida como *enuresis monosintomática*, es el tipo más común y en él la incontinencia se produce únicamente durante el sueño nocturno, especialmente durante el primer tercio de la noche. El subtipo de enuresis sólo diurna se presenta en ausencia de enuresis nocturna y puede ser referido como una simple *incontinencia urinaria*. Las personas que pertenecen a este subtipo pueden dividirse en dos grupos. Las personas con "incontinencia urgente" presentan síntomas urgentes repentinos e inestabilidad del detrusor, mientras que las personas con "emisión pospuesta" retrasan conscientemente las ganas de orinar hasta que se produce la incontinencia. El subtipo de enuresis nocturno y diurno también se conoce como *enuresis no monosintomática*.

Características diagnósticas

El principal rasgo de la enuresis es la emisión repetida de orina durante el día o la noche, en la cama o en la ropa (Criterio A). Suele ser involuntaria, aunque en ocasiones puede ser intencionada. Para

<= Ir a la Clasificación

establecer un diagnóstico de enuresis, la emisión de orina debe producirse al menos 2 veces por semana durante al menos 3 meses consecutivos, o debe causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). La persona debe haber alcanzado una edad en la que esté previsto que es capaz de contener la orina (una edad cronológica de al menos 5 años o, en los niños con retraso del desarrollo, una edad mental de al menos 5 años) (Criterio C). La incontinencia urinaria no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, epilepsia) (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En el transcurso de la enuresis nocturna, en ocasiones, la emisión se produce durante el sueño REM, y en estas circunstancias, el niño puede recordar el sueño en el que se ha producido la micción. Durante la enuresis diurna, el niño demora la emisión hasta que aparece incontinencia, en ocasiones debido a la reticencia a usar el baño por ansiedad social o por alguna inquietud relacionada con las actividades escolares o lúdicas. El episodio de enuresis se produce principalmente a primera hora de la tarde en los días de colegio y puede estar asociado a síntomas de conducta disruptiva. La enuresis suele persistir después del tratamiento de las infecciones asociadas.

Prevalencia

La prevalencia de la enuresis es del 5–10 % en los niños de 5 años, del 3–5 % en los niños de 10 años y de alrededor del 1 % en las personas de 15 o más años.

Desarrollo y curso

Se han descrito dos tipos de curso de la enuresis: un tipo "primario", cuando la persona nunca ha desarrollado continencia urinaria, y un tipo "secundario", cuando el trastorno se produce después de haber alcanzado un período de continencia urinaria. No hay diferencias en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales comórbidos entre los dos tipos. Por definición, la enuresis primaria empieza a la edad de 5 años. La edad más probable para el inicio de la enuresis secundaria es entre los 5 y los 8 años, aunque puede producirse a cualquier edad. Después de los 5 años, el porcentaje de remisión espontánea es del 5–10 % por año. Aunque la mayoría de los niños con dicho trastorno desarrolla continencia urinaria en la adolescencia, en un 1 % de los casos el trastorno continúa en la edad adulta. La enuresis diurna es infrecuente después de los 9 años. Mientras que la incontinencia diurna ocasional no es rara en la infancia media, es significativamente más frecuente en aquellos que también presentan enuresis nocturna persistente. Cuando la enuresis persiste hasta alcanzar la infancia tardía o la adolescencia, se puede producir un aumento en la frecuencia de la incontinencia, mientras que la continencia en la infancia temprana se asocia habitualmente a una disminución en la frecuencia de noches húmedas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Se han señalado varios factores predisponentes a la enuresis entre los que están el retraso o la laxitud del aprendizaje para ir al baño y el estrés psicosocial.

Genéticos y fisiológicos. La enuresis se ha asociado a retrasos del desarrollo normal de los ritmos circadianos de la producción de orina, lo que origina poliuria nocturna o anormalidades de la sensibilidad del receptor central de vasopresina y deterioro funcional de la capacidad de la vejiga con hiperreactividad de la misma (síndrome de la vejiga inestable). La enuresis nocturna es un trastorno genéticamente heterogéneo. La heredabilidad se ha demostrado en estudios de familias, de gemelos y de segregación. El riesgo de enuresis nocturna en la infancia es aproximadamente 3,6 veces mayor en los hijos de madres enuréticas y 10,1 veces mayor en caso de incontinencia urinaria paterna. La magnitud del riesgo de presentar enuresis nocturna y la del riesgo de incontinencia diurna son similares.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La enuresis se ha observado en diferentes países europeos, africanos y asiáticos, así como en Estados Unidos. A nivel nacional, las tasas de prevalencia son notablemente similares y hay una gran similitud entre las trayectorias de desarrollo encontradas en los diferentes países. Hay tasas muy altas de enuresis en los orfanatos y en otro tipo de internados, lo cual está probablemente relacionado con el modo y el ambiente en que se produce el aprendizaje de ir al baño.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La enuresis nocturna es más común entre los niños. La incontinencia diurna es más frecuente entre las niñas. El riesgo relativo de tener un hijo que desarrolle enuresis es mayor cuando el padre ha sido enurético que cuando la madre ha sido enurética.

Consecuencias funcionales de la enuresis

El grado de deterioro asociado a la enuresis está condicionado por las limitaciones de las actividades sociales del niño (p. ej., no poder ir de campamentos) o por los efectos sobre su autoestima, el grado de ostracismo social al que lo someten sus compañeros y el enfado, el castigo y el rechazo por parte de los cuidadores.

Diagnóstico diferencial

Vejiga neurogénica u otra afección médica. El diagnóstico de enuresis no se realiza cuando existe una vejiga neurogéna u otra afección médica capaz de causar poliuria o urgencia (p. ej., una diabetes *mellitus* no tratada o la diabetes insípida), ni durante una infección aguda de la vía urinaria. Sin embargo, el diagnóstico es compatible con dichas afecciones si la incontinencia urinaria ya era habitual antes de la aparición de las otras afecciones médicas o si persiste después de haber instaurado un tratamiento correcto de las mismas.

Efectos secundarios de la medicación. La enuresis puede aparecer durante el tratamiento con medicación antipsicótica, diuréticos y otros fármacos capaces de producir incontinencia. En ese caso, el diagnóstico no se debe hacer aisladamente, sino que puede constar como efecto secundario de la medicación. Sin embargo, se puede realizar un diagnóstico de enuresis si la incontinencia urinaria ya era habitual antes del tratamiento con la medicación.

Comorbilidad

Aunque la mayoría de los niños no presenta un trastorno mental comórbido, la prevalencia de síntomas conductuales comórbidos es mayor en los niños con enuresis que en los niños sin enuresis. En una parte de los niños con enuresis también se producen retrasos del desarrollo del habla, del lenguaje, del aprendizaje y de las habilidades motoras. Puede haber encopresis, sonambulismo y trastorno de terrores nocturnos. Las infecciones de las vías urinarias son más frecuentes en los niños con enuresis, especialmente en el subtipo diurno, que en los niños que contienen la orina.

Encopresis

Criterios diagnósticos 307.7 (F98.1)

A. Excreción repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., en la ropa, en el suelo), ya sea involuntaria o voluntaria.
B. Al menos uno de estos episodios se produce cada mes durante un mínimo de 3 meses.
C. La edad cronológica es de por lo menos 4 años (o un grado de desarrollo equivalente).
D. El comportamiento no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra afección médica, excepto por un mecanismo relacionado con el estreñimiento.

Especificar si:

Con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: Existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

Sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento: No existen pruebas de la presencia de estreñimiento en la exploración física o la historia clínica.

Subtipos

Las heces en el subtipo con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento están característicamente (aunque no invariablemente) poco formadas y la pérdida puede ser de frecuente a continua, produciéndose sobre todo durante el día y raramente durante el sueño. Sólo parte de las heces se eliminan al ir al baño y la incontinencia se soluciona después de tratar el estreñimiento.

Las heces en el subtipo sin estreñimiento e incontinencia por desbordamiento suelen ser de forma y consistencia normales, y la deposición es intermitente. Las heces se pueden depositar en un lugar visible. Este hecho se asocia normalmente al trastorno negativista desafiante o a un trastorno de conducta, o puede ser consecuencia de una masturbación anal. La deposición sin estreñimiento parece ser menos frecuente que la deposición con estreñimiento.

Características diagnósticas

La principal característica de la encopresis es la excreción repetida de heces en lugares inapropiados (p. ej., en la ropa o en el suelo) (Criterio A). La excreción es involuntaria en la mayor parte de los casos, aunque ocasionalmente puede ser intencionada. Estos hechos deben ocurrir al menos una vez al mes durante al menos 3 meses (Criterio B), y la edad cronológica del niño debe ser de al menos 4 años (Criterio C). No se debería atribuir la incontinencia fecal exclusivamente a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laxantes) u otra afección médica, excepto si se explica a través de un mecanismo relacionado con el estreñimiento (Criterio D).

Cuando la emisión de heces es involuntaria, más que intencionada, a menudo se relaciona con el estreñimiento, la compactación fecal y la retención, con el consiguiente desbordamiento. El estreñimiento puede desarrollarse por razones psicológicas (p. ej., ansiedad por intentar defecar en un lugar determinado, un patrón más general de comportamiento ansioso u oposicionista), lo que lleva a evitar la defecación. Las predisposiciones fisiológicas al estreñimiento son el esfuerzo ineficaz y las dinámicas de defecación paradójica, con tendencia a forzar antes que a relajar el esfínter externo o el suelo pélvico durante el esfuerzo para defecar. El estreñimiento también puede estar inducido por una deshidratación asociada a fiebre, hipotiroidismo o los efectos secundarios de algún fármaco. Una vez que se ha desarrollado el estreñimiento, éste puede complicarse por alguna fisura anal, dolor al defecar y nuevas retenciones fecales. La consistencia de las deposiciones puede variar. En algunos individuos pueden ser de consistencia normal o casi normal. En otros individuos –como en los que presentan incontinencia por desbordamiento secundaria a retención fecal– pueden ser líquidas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los niños con encopresis suelen sentirse avergonzados y puede que deseen evitar los lugares que pudieran ser embarazosos (p. ej., campamentos, colegio). El grado de deterioro total depende del efecto sobre la autoestima del niño, del grado de ostracismo social por parte de los compañeros y del enfado, castigo y rechazo de los cuidadores. La dispersión de las heces puede ser deliberada o accidental, al tratar el niño de limpiar u ocultar las heces eliminadas involuntariamente. Cuando la incontinencia es claramente deliberada puede haber características del trastorno negativista desafiante o de un trastorno de conducta. Muchos niños con encopresis y con estreñimiento crónico también presentan síntomas de enuresis y pueden tener reflujo urinario en la vejiga o los uréteres capaz de producir infecciones urinarias crónicas, cuyos síntomas pueden remitir con el tratamiento del estreñimiento.

Prevalencia

Se estima que aproximadamente el 1 % de los niños de 5 años tiene encopresis, y el trastorno es más frecuente en los niños que en las niñas.

Desarrollo y curso

El diagnóstico de la encopresis no se realiza hasta que el niño ha alcanzado la edad cronológica de al menos 4 años (en los niños con retraso del desarrollo mental, una edad mental de al menos 4 años). Pueden ser factores predisponentes un aprendizaje para ir al baño insuficiente o inconstante y el estrés psicológico (p. ej., el inicio del colegio, el nacimiento de un hermano). Se han descrito dos tipos de curso: un tipo "primario", en el que la persona nunca ha desarrollado continencia fecal, y un tipo "secundario", en el que la alteración se desarrolla después de un período de continencia fecal. La encopresis puede persistir, con exacerbaciones intermitentes durante años.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. La defecación dolorosa puede llevar al estreñimiento y a un ciclo de comportamientos ocultos que hagan más probable la encopresis. El uso de medicación (p. ej., anticonvulsivantes, antitusígenos) puede incrementar el estreñimiento y hacer más probable la encopresis.

Marcadores diagnósticos

Además del examen físico, las imágenes del tubo digestivo (p. ej., radiografías abdominales) pueden ofrecer datos para valorar una posible retención de heces y gas en el colon. Las pruebas complementarias, como el enema de bario y la manografía anorrectal, pueden ser útiles para ayudar a excluir otras afecciones médicas, como la enfermedad de Hirschsprung.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico de encopresis en presencia de otras afecciones médicas sólo es apropiado si aparece un estreñimiento que no se pueda explicar por dichas afecciones médicas. La incontinencia fecal relacionada con otras alteraciones médicas (p. ej., diarrea crónica, espina bífida, estenosis anal) no justificaría el diagnóstico de encopresis del DSM-5.

Comorbilidad

Las infecciones de vías urinarias pueden ser comórbidas con la encopresis y son más frecuentes en las niñas.

Otro trastorno de la excreción especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de excreción. La categoría de otro trastorno de la excreción especificado se utiliza en ocasiones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno de la excreción específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la excreción especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "enuresis de baja frecuencia").

Nota de codificación: Código **788.39 (N39.498)** para otro trastorno de la excreción especificado con síntomas urinarios; **787.60 (R15.9)** para otro trastorno de la excreción especificado con síntomas fecales.

Trastorno de la excreción no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la excreción que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la excreción. La categoría del trastorno de la excreción no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno de la excreción específico e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Nota de codificación: Código **788.30 (R32)** para un trastorno de la excreción no especificado con síntomas urinarios; **787.60 (R15.9)** para un trastorno de la excreción no especificado con síntomas fecales.

<= Ir al Índice

Trastornos del sueño-vigilia

La clasificación DSM-5 de los trastornos del sueño se ha diseñado para los profesionales de la salud mental en general y los profesionales médicos (los que atienden a pacientes adultos, geriátricos y pediátricos). Los trastornos del sueño-vigilia incluyen 10 trastornos o grupos de trastornos: trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, trastornos del despertar del sueño no REM, trastorno de pesadillas, trastorno del comportamiento del sueño REM, síndrome de las piernas inquietas y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Los sujetos con estos trastornos presentan típicamente insatisfacción con la calidad, el horario y la cantidad del sueño. El malestar resultante durante el día y el deterioro son rasgos centrales compartidos por todos estos trastornos del sueño-vigilia.

La organización de este capítulo se ha diseñado para facilitar el diagnóstico diferencial entre las alteraciones del ciclo sueño-vigilia y clarificar cuándo es apropiada la derivación a un especialista del sueño para una evaluación más a fondo y planificar el tratamiento. La nosología de los trastornos del sueño del DSM-5 utiliza un enfoque simple, útil desde un punto de vista clínico, a la vez que también refleja los avances científicos en epidemiología, genética, fisiopatología, evaluación y tratamiento desde el DSM-IV. En algunos casos (p. ej., el trastorno por insomnio), se ha adoptado un enfoque de "agrupamiento", mientras que en otros (p. ej., la narcolepsia) se ha seguido un enfoque "separador", reflejando la disponibilidad de factores validantes derivados de la investigación epidemiológica, neurobiológica e intervencionista.

Los trastornos del sueño se acompañan con frecuencia de depresión, ansiedad y cambios cognitivos que deben tenerse en cuenta en la planificación del tratamiento y en su manejo. Además, las alteraciones persistentes del sueño (tanto el insomnio como el exceso de sueño) son factores de riesgo establecidos para el desarrollo posterior de enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias. También pueden representar la expresión prodrómica de un episodio de enfermedad mental, posibilitando la intervención temprana para evitar o atenuar el episodio completo.

El diagnóstico diferencial de las molestias del ciclo sueño-vigilia necesita un enfoque multidimensional, considerando las posibles afecciones médicas y neurológicas concomitantes. La coexistencia de afecciones clínicas es la regla y no la excepción. Las alteraciones del sueño constituyen un indicador clínicamente útil de las afecciones médicas y neurológicas que coexisten a menudo con la depresión y otros trastornos mentales frecuentes. Entre estas comorbilidades se encuentran de modo importante los trastornos del sueño relacionados con la respiración, los trastornos del corazón y los pulmones (p. ej., insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), los trastornos neurodegenerativos (p. ej., la enfermedad de Alzheimer) y los trastornos del sistema musculoesquelético (p. ej., osteoartritis). Estos trastornos no sólo pueden alterar el sueño, sino que también pueden empeorar durante el sueño (p. ej., apneas prolongadas o arritmias electrocardiográficas durante el sueño REM, despertares confusionales en pacientes con demencia, crisis epilépticas en personas con epilepsia parcial compleja). El trastorno de comportamiento del sueño REM es a menudo un indicador de trastornos neurodegenerativos (alfa-sinucleinopatías) como la enfermedad de Parkinson. Por todas estas razones –relacionadas con el diagnóstico diferencial, la comorbilidad clínica y la facilidad para la planificación del tratamiento–, los trastornos del sueño se incluyen en el DSM-5.

El enfoque utilizado para clasificar los trastornos del sueño-vigilia en el DSM-5 puede entenderse en el contexto del "agrupamiento frente a la separación". El DSM-IV representaba un intento de simplificar la clasificación de los trastornos del sueño-vigilia y, por tanto, agrupaba diagnósticos bajo etiquetas amplias, menos diferenciadas. En el otro extremo, la 2ª edición de la *Clasificación Internacio-*

<= Ir a la Clasificación

nal de Trastornos del Sueño (ICSD-2) ha elaborado numerosos subtipos diagnósticos. El DSM-IV se preparó para que lo usaran los profesionales de la salud mental y de la medicina general que no son expertos en la medicina del sueño. La ICSD-2 refleja la ciencia y las opiniones de la comunidad de especialistas del sueño y se ha preparado para que la utilicen los especialistas.

El peso de la evidencia disponible apoya los resultados superiores (de fiabilidad interevaluadores, así como validez convergente, discriminante y aparente) de enfoques más simples y menos diferenciados para diagnosticar los trastornos del sueño. El texto que acompaña a cada conjunto de criterios diagnósticos proporciona enlaces a los trastornos correspondientes incluidos en la ICSD-2. La clasificación de los trastornos del sueño-vigilia del DSM-5 también especifica los listados no psiquiátricos correspondientes (p. ej., códigos neurológicos) de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE).

El campo de la medicina de los trastornos del sueño ha progresado en esta dirección desde la publicación del DSM-IV. El uso de validadores biológicos se ha incorporado ahora a la clasificación de los trastornos del sueño-vigilia del DSM-5, en particular a los trastornos de sueño excesivo, como la narcolepsia; a los trastornos del sueño relacionados con la respiración, para los que se indican estudios formales del sueño (p. ej., polisomnografía), y al síndrome de piernas inquietas, que puede coexistir con frecuencia con movimientos periódicos de las piernas durante el sueño que son detectables a través de la polisomnografía.

Trastorno de insomnio

Criterios diagnósticos 307.42 (F51.01)

A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:
   1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)
   2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
   3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).
G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Especificar si:

Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias.
Con otra afección médica concurrente
Con otro trastorno del sueño

Nota de codificación: El código 307.42 (F51.01) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de insomnio se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.

Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.

Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Nota: El insomnio agudo y de corta duración (es decir, síntomas que duran menos de tres meses pero que, por otro lado, cumplen todos los criterios respecto a la frecuencia, intensidad, malestar y/o alteración) se codificará como otro trastorno de insomnio especificado.

Nota. El diagnóstico de trastorno de insomnio se realiza tanto si ocurre como un trastorno independiente como si es comórbido con otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor), con una afección médica (p. ej., dolor), o con otro trastorno del sueño (p. ej., un trastorno del sueño relacionado con la respiración). Por ejemplo, el insomnio puede llevar su propio curso con algunos rasgos de ansiedad y depresión, pero en ausencia de criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno mental. El insomnio puede también manifestarse como un rasgo clínico de un trastorno mental más preponderante. El insomnio persistente puede incluso ser un factor de riesgo para la depresión y es un síntoma residual frecuente tras su tratamiento. Si hay comorbilidad entre insomnio y un trastorno mental, se necesita tratar ambos trastornos. Dado el curso diferente de los trastornos, es a menudo imposible establecer la naturaleza exacta de la relación entre estas entidades clínicas, y además la relación puede cambiar con el tiempo. Por tanto, si está presente el insomnio y un trastorno comórbido, no es necesario hacer una atribución causal entre los dos trastornos. Más bien se realiza el diagnóstico de insomnio con una especificación concurrente de los trastornos clínicos comórbidos. Un diagnóstico concurrente de insomnio se consideraría sólo cuando el insomnio es lo suficientemente grave como para necesitar atención clínica por separado; de otra manera, no se realiza un diagnóstico por separado.

Características diagnósticas

El rasgo esencial del trastorno de insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar o mantener el sueño. Las molestias del sueño se acompañan de un malestar clínicamente significativo o de un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración del sueño puede ocurrir durante el curso de otro trastorno mental o afección médica, o puede ocurrir de forma independiente.

Pueden aparecer diferentes manifestaciones del insomnio en diferentes momentos del período del sueño. El insomnio del comienzo del sueño (o insomnio inicial) consiste en la dificultad para quedarse dormido en el momento de acostarse. El insomnio de mantenimiento del sueño (o insomnio medio) conlleva frecuentes o largos despertares a lo largo de la noche. El insomnio tardío conlleva el despertar temprano con incapacidad para volverse a dormir. La dificultad para mantener el sueño es el síntoma individual del insomnio más frecuente, seguido por la dificultad para quedarse dormido, aunque la combinación de estos síntomas es generalmente la presentación más habitual. El tipo específico de alteración del sueño suele variar con el tiempo. Los sujetos que se quejan en un determinado momento de dificultad para quedarse dormidos pueden quejarse posteriormente de dificultad para mantener el sueño, o viceversa. Los síntomas de dificultad para quedarse dormidos y dificultad para mantener el sueño se pueden cuantificar a través del autoinforme retrospectivo del sujeto, de los diarios de sueño o de otros métodos, como la actigrafía o la polisomnografía, aunque el diagnóstico del trastorno de insomnio se basa en la percepción subjetiva de la persona sobre el sueño o en la información de un cuidador.

El sueño no reparador, la queja de que el sueño es de mala calidad y no deja al sujeto descansado al levantarse a pesar de una duración suficiente, constituye un síntoma frecuente que suele acompañar a la dificultad para iniciar o mantener el sueño o aparecer en solitario con menor frecuencia. Esta queja también se puede referir en asociación con otros trastornos del sueño (p. ej.. los trastornos del sueño relacionados con la respiración). Cuando la queja de un sueño no reparador se presenta en solitario (p. ej., en ausencia de dificultad para iniciar y/o mantener el sueño) pero, por otra parte, se reúnen todos los criterios diagnósticos respecto a la frecuencia, la duración y el malestar y deterioro diurnos, se realiza el diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o trastorno de insomnio no especificado.

Aparte de los criterios de frecuencia y duración que se requieren para el diagnóstico, son útiles otros criterios adicionales para cuantificar la gravedad del insomnio. Estos criterios cuantitativos, aunque arbitrarios, se proporcionan sólo a título ilustrativo. Por ejemplo, la dificultad para iniciar el sueño se define por una latencia subjetiva del sueño superior a 20-30 minutos, y la dificultad para mantener el sueño se define por un período de tiempo subjetivo en el que se permanece despierto más de 20-30 minutos después de haberse conciliado el sueño. Aunque no hay una definición estándar de despertar temprano, este síntoma conlleva despertarse al menos 30 minutos antes del tiempo programado y antes de que el tiempo total de sueño alcance las seis horas y media. Es esencial tener en cuenta no sólo la hora final del despertar, sino también la hora de acostarse la noche anterior. Un despertar a las 4:00 de la mañana no tiene la misma significación clínica en los que se acuestan a las 9:00 de la noche que en los que se acuestan a las 11:00 de la noche. Tal síntoma puede reflejar también una disminución de la capacidad de permanecer dormido dependiente de la edad, o un desplazamiento del horario del principal período de sueño, también dependiente de la edad.

El trastorno de insomnio conlleva tanto alteraciones diurnas como dificultades de sueño nocturnas. Entre ellas se encuentran la fatiga o, menos frecuentemente, la somnolencia diurna; lo último es más frecuente entre los sujetos mayores y cuando el insomnio es comórbido con otra afección médica (p. ej., el dolor crónico) o con un trastorno del sueño (p. ej., la apnea del sueño). El deterioro cognitivo puede determinar dificultades en la atención, la concentración y la memoria, e incluso para realizar habilidades manuales simples. Las alteraciones afectivas asociadas se describen típicamente como irritabilidad o labilidad afectiva y, menos frecuentemente, como síntomas de depresión o de ansiedad. No todos los sujetos con alteraciones del sueño nocturno tienen molestias o deterioro funcional. Por ejemplo, la continuidad del sueño se interrumpe con frecuencia en sujetos ancianos sanos que, sin embargo, se consideran buenos dormidores. El diagnóstico de trastorno de insomnio debería reservarse para aquellos sujetos que presentan malestar o deterioro diurno significativo en relación con la dificultad para dormir por la noche.

Características asociadas para el diagnóstico

El insomnio se asocia a menudo con una activación fisiológica y cognitiva y con factores de condicionamiento que interfieren con el sueño. La preocupación por el sueño y por el malestar que genera la incapacidad para dormir puede conducir a un círculo vicioso: cuanto más se esfuerza el sujeto por dormir, más frustración aparece y más empeora el sueño. Por tanto, la atención y los esfuerzos excesivos para dormir, que anulan los mecanismos normales para el inicio del sueño, pueden contribuir a la aparición de insomnio. Los sujetos con insomnio persistente pueden además adquirir hábitos de sueño desadaptativos (p. ej., pasar demasiado tiempo en la cama, seguir un horario de sueño errático, siestas) y cogniciones desadaptativas (p. ej., miedo a la falta de sueño, aprehensión ante el deterioro diurno, vigilancia del reloj) durante el curso del trastorno. Llevar a cabo tales actividades en un entorno en el que el sujeto ha pasado con frecuencia noches sin dormir puede agravar todavía más el despertar condicionado y perpetuar las dificultades del sueño. En cambio, el sujeto puede quedarse dormido más fácilmente cuando no intenta hacerlo. Algunos sujetos refieren también un sueño mejor cuando están lejos de sus dormitorios y sus rutinas habituales.

El insomnio puede acompañarse de una variedad de quejas y síntomas diurnos, como fatiga, disminución de la energía y alteraciones del ánimo. Pueden presentarse síntomas de ansiedad o de depresión que no cumplan los criterios de un trastorno mental específico, así como una atención excesiva a los efectos percibidos a causa de la pérdida de sueño en el funcionamiento diurno.

Los sujetos con insomnio pueden tener puntuaciones elevadas en los inventarios psicológicos o de personalidad autoaplicados, con perfiles que indiquen depresión ligera y ansiedad, un estilo cognitivo preocupadizo, un estilo de resolución de problemas centrado en las emociones e interiorizador y un foco de atención somático. Los patrones de deterioro neurocognitivo entre los sujetos con trastorno de insomnio son poco uniformes, aunque puede haber alteraciones en la realización de tareas de gran complejidad y que requieren cambios frecuentes de estrategia. Los sujetos con insomnio suelen requerir más esfuerzo para mantener el rendimiento cognitivo.

Prevalencia

Los estimadores poblacionales indican que alrededor de un tercio de los adultos refiere síntomas de insomnio, un 10-15 % presenta alteraciones asociadas durante el día y un 6 -10 % tiene síntomas que

cumplen los criterios del trastorno de insomnio. El trastorno de insomnio es el más prevalente de todos los trastornos del sueño. En los centros de atención primaria, alrededor del 10-20 % de los pacientes tiene síntomas significativos de insomnio. El insomnio es más prevalente entre las mujeres que entre los hombres, con una proporción por sexos de alrededor de 1,44:1. Aunque el insomnio puede ser un síntoma o un trastorno independiente, se observa más frecuentemente como trastorno comórbido con otra afección médica u otro trastorno mental. Por ejemplo, el 40-50 % de los sujetos con insomnio también presenta un trastorno mental comórbido.

Desarrollo y curso

El comienzo de los síntomas de insomnio puede suceder en cualquier momento durante la vida, pero es más frecuente que el primer episodio aparezca en la edad adulta temprana. Es menos frecuente que el insomnio comience en la infancia o la adolescencia.

En las mujeres, el insomnio de nueva aparición puede aparecer durante la menopausia y persistir incluso después de que otros síntomas se hayan resuelto (p. ej., los sofocos). El insomnio puede tener su inicio en etapas tardías de la vida, lo que se asocia a menudo con el comienzo de otras afecciones relacionadas con la salud.

El insomnio puede ser situacional, persistente o recurrente. El insomnio situacional o agudo suele durar pocos días o pocas semanas y se asocia con frecuencia con acontecimientos vitales o con cambios rápidos en los horarios de sueño o del entorno. Normalmente se resuelve una vez que el factor precipitante inicial se aminora. En algunos sujetos, quizás en los más vulnerables a las alteraciones del sueño, el insomnio puede persistir bastante más tiempo tras el acontecimiento precipitante inicial, posiblemente por factores de condicionamiento y por una elevación del *arousal*. Los factores que precipitan el insomnio pueden ser distintos de los factores que lo perpetúan. Por ejemplo, un sujeto que está postrado en cama por una lesión dolorosa y tiene dificultad para dormir puede después desarrollar una asociación negativa con el sueño. El despertar condicionado puede persistir y conducir a un insomnio persistente. Un curso similar puede desarrollarse en el contexto de un estrés fisiológico agudo o de un trastorno mental. Por ejemplo, el insomnio que ocurre durante un episodio de trastorno depresivo mayor puede convertirse en el foco de atención, con el consiguiente condicionamiento negativo, y persistir incluso tras la resolución del episodio depresivo. En algunos casos, el insomnio también puede tener un inicio insidioso sin ningún factor precipitante identificable.

El curso del insomnio también puede ser episódico, con episodios recurrentes de dificultades para dormir asociadas a la presencia de acontecimientos estresantes. Las tasas de cronicidad oscilan entre el 45 y el 75 % para un seguimiento de 1-7 años. Incluso cuando el curso del insomnio ya se ha hecho crónico, los patrones de sueño varían de una noche a otra, intercalándose una noche de sueño reparador con varias noches de sueño escaso. Las características del insomnio también pueden cambiar con el tiempo. Muchos sujetos con insomnio tienen una historia de sueño "ligero" o fácilmente alterable antes del comienzo de los problemas de sueño más persistentes.

Las quejas de insomnio son más prevalentes entre los adultos de edad mediana o avanzada. El tipo de síntomas de insomnio cambia en función de la edad, siendo las dificultades para iniciar el sueño más frecuentes entre los adultos jóvenes y los problemas para mantener el sueño más frecuentes entre los sujetos de edad mediana o avanzada.

Las dificultades para iniciar y mantener el sueño también pueden ocurrir en los niños y los adolescentes, pero existen datos más limitados sobre la prevalencia, los factores de riesgo y la comorbilidad durante estas fases del desarrollo de la vida. Las dificultades de sueño en la infancia pueden provenir de factores de condicionamiento (p. ej., un niño que no aprende a quedarse dormido o a volver a dormirse sin la presencia de un progenitor) o de la ausencia de horarios constantes de sueño o de rutinas a la hora de dormir. El insomnio en los adolescentes se desencadena o se exacerba por los horarios de sueño irregulares (p. ej., retraso de fase). Tanto en los niños como en los adolescentes, los factores psicológicos y médicos pueden contribuir al insomnio.

El aumento de la prevalencia del insomnio en los adultos mayores se explica parcialmente por la mayor incidencia de problemas de salud física en relación con el envejecimiento. Los cambios de los patrones de sueño que se asocian al proceso de desarrollo normal deben diferenciarse de los que exceden las variaciones relacionadas con la edad. Aunque la polisomnografía tiene un valor limitado en la evaluación rutinaria del insomnio, puede ser más útil en el diagnóstico diferencial en los adultos mayores, ya que las etiologías del insomnio (p. ej., la apnea del sueño) son con frecuencia más identificables en los sujetos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Aunque los factores de riesgo y pronóstico que se discuten en esta sección aumentan la vulnerabilidad al insomnio, las alteraciones del sueño suceden con más probabilidad cuando los sujetos predispuestos se exponen a acontecimientos precipitantes, como los acontecimientos vitales mayores (p. ej., enfermedad, separación), o a un estrés diario menos grave pero más crónico. La mayoría de los sujetos continúa con patrones de sueño normales una vez que el acontecimiento precipitante inicial ha desaparecido, pero otros –quizás los más vulnerables al insomnio– continúan presentando dificultades persistentes para dormir. Los factores perpetuantes, como los malos hábitos de sueño, los horarios irregulares de sueño y el miedo a no dormir, alimentan el problema del sueño y pueden contribuir a un círculo vicioso capaz de inducir un insomnio persistente.

Temperamentales. Las personalidades y estilos cognitivos con tendencia a la ansiedad y la preocupación, la mayor predisposición a la activación y la tendencia a reprimir las emociones pueden aumentar la vulnerabilidad al insomnio.

Ambientales. El ruido, la luz, las temperaturas molestas altas o bajas y la altitud elevada también pueden aumentar la vulnerabilidad al insomnio.

Genéticos y fisiológicos. El género femenino y la edad avanzada se asocian con un aumento de la vulnerabilidad al insomnio. El sueño interrumpido y el insomnio presentan una predisposición familiar. La prevalencia del insomnio es mayor entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos; es también mayor entre los familiares de primer grado que en la población general. Se desconoce hasta qué punto esta asociación se hereda mediante predisposición genética, se aprende observando los modelos parentales o surge como subproducto de otra psicopatología.

Modificadores del curso. Los modificadores que empeoran el curso son las prácticas de mala higiene del sueño (p. ej., el consumo excesivo de cafeína, los horarios irregulares de sueño).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El insomnio es más prevalente entre las mujeres que entre los varones y comienza por primera vez en relación con el nacimiento de un nuevo hijo o la menopausia. A pesar de haber una mayor prevalencia entre las mujeres mayores, los estudios polisomnográficos sugieren una mejor preservación de la continuidad del sueño y del sueño de ondas lentas en las mujeres mayores que en los hombres mayores.

Marcadores diagnósticos

La polisomnografía muestra normalmente alteraciones de la continuidad del sueño (p. ej., aumentan la latencia del sueño y el tiempo de vigilia tras el inicio del sueño y disminuye la eficacia del sueño [porcentaje de tiempo que se está dormido]) y a veces una prolongación de la fase 1 y una disminución de las fases 3 y 4 del sueño.

La gravedad de estas alteraciones del sueño no siempre va emparejada con la presentación clínica del sujeto o con la queja subjetiva de poco sueño, ya que los sujetos con insomnio a menudo subestiman la duración del sueño o sobrestiman los despertares en comparación con la polisomnografía.

Los análisis electroencefalográficos cuantitativos indican que los sujetos con insomnio tienen más electroencefalogramas de alta frecuencia que las personas que duermen bien tanto en el período de inicio del sueño como durante el sueño sin movimientos oculares rápidos, rasgo que es indicativo de una mayor activación cortical. Los sujetos con trastorno de insomnio pueden tener una menor propensión a dormir y no muestran normalmente aumentos del sueño diurno evidenciables mediante la medida objetiva del sueño en el laboratorio en comparación con los sujetos sin trastornos del sueño.

Otras medidas de laboratorio muestran indicios, aunque no sistemáticos, de un aumento del *arousal* y de una activación generalizada del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (p. ej., niveles de cortisol aumentados, variabilidad en la frecuencia cardíaca, reactividad al estrés, tasa metabólica). En general, los hallazgos son compatibles con la hipótesis de que el aumento de la activación fisiológica y cognitiva desempeña un papel significativo en el trastorno de insomnio.

Los sujetos con trastorno de insomnio pueden parecer fatigados u ojerosos o, por el contrario, sobreactivados y "conectados". Sin embargo, no existen alteraciones constantes o características en la

exploración física. Puede haber un aumento de la incidencia de síntomas relacionados con el estrés (p. ej., cefalea tensional, tensión o dolor muscular, síntomas gastrointestinales).

Consecuencias funcionales del trastorno de insomnio

Pueden producirse problemas interpersonales, sociales y laborales como consecuencia del insomnio, de una excesiva preocupación por el sueño, del aumento de la irritabilidad diurna y de la mala concentración. Es frecuente una disminución de la atención y la concentración que podría estar relacionada con las altas tasas de accidentes que se observan en el insomnio. El insomnio persistente también se asocia a consecuencias a largo plazo, como un mayor riesgo de trastorno depresivo mayor, hipertensión e infarto de miocardio, un mayor absentismo y una menor productividad en el trabajo, menor calidad de vida y más problemas económicos.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del sueño. La duración normal del sueño varía considerablemente entre los sujetos. Algunos sujetos que necesitan dormir poco ("dormidores cortos") podrían estar preocupados por la duración del sueño. Los dormidores cortos se diferencian de los pacientes con trastorno de insomnio por la ausencia de dificultad para quedarse dormidos o permanecer dormidos y porque no presentan los síntomas diurnos característicos (p. ej., fatiga, problemas de concentración, irritabilidad). Sin embargo, algunos dormidores cortos pueden desear o intentar dormir durante períodos de tiempo más largos y, al aumentar el tiempo que pasan en la cama, pueden crear un patrón de sueño parecido al insomnio. El insomnio clínico también se debería distinguir de los cambios normales asociados con la edad. El insomnio también se debería diferenciar de la privación de sueño debida a falta de oportunidad para dormir o a las circunstancias; por ejemplo, por una emergencia o a causa de las responsabilidades profesionales o familiares que le obligan al sujeto a permanecer despierto.

Insomnio agudo/situacional. El insomnio agudo/situacional es una afección que dura unos pocos días o pocas semanas, a menudo asociada con acontecimientos vitales o cambios en los horarios de sueño. Estos síntomas de insomnio agudo o a corto plazo también pueden producir un malestar significativo e interferir en el funcionamiento social, personal y laboral. Cuando tales síntomas son lo suficientemente frecuentes y cumplen todos los demás criterios, salvo el de la duración de 3 meses, se hace un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o trastorno de insomnio no especificado.

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia del tipo de fases de sueño retrasadas y del tipo asociado a turnos laborales. Los sujetos con trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia del tipo de fases de sueño retrasadas refieren insomnio al comienzo del sueño sólo cuando intentan dormir en los horarios socialmente aceptados como normales, pero no presentan dificultades para dormirse o permanecer dormidos cuando sus horarios para acostarse y levantarse se retrasan y coinciden con su ritmo circadiano endógeno. El tipo asociado a los turnos laborales difiere del trastorno de insomnio por el antecedente de un trabajo por turnos reciente.

Síndrome de las piernas inquietas. El síndrome de las piernas inquietas produce a menudo dificultades para iniciar y mantener el sueño. Sin embargo, los rasgos que diferencian este trastorno del trastorno de insomnio son la necesidad de mover las piernas y las sensaciones desagradables en éstas.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. La mayoría de los sujetos con un trastorno del sueño relacionado con la respiración tiene antecedentes de ronquidos sonoros, pausas respiratorias durante el sueño y excesiva somnolencia diurna. No obstante, hasta un 50 % de los sujetos con apnea del sueño puede referir también síntomas de insomnio, característica que es más frecuente en las mujeres y en los adultos mayores.

Narcolepsia. La narcolepsia puede causar quejas de insomnio, pero se distingue del insomnio porque predominan los síntomas de sueño diurno excesivo, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones relacionadas con el sueño.

Parasomnias. Las parasomnias se caracterizan por la presencia de conductas poco frecuentes o acontecimientos durante el sueño que pueden conducir a despertares intermitentes y a una dificultad para continuar dormido. Sin embargo, el rasgo dominante del cuadro clínico son estos acontecimientos conductuales, más que el insomnio *per se*.

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo con insomnio. El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo con insomnio, se distingue del trastorno de insomnio cuando se considera que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o la exposición a una toxina) está etiológicamente relacionada con el insomnio (véase "Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos" más adelante en este capítulo). Por ejemplo, el insomnio que sucede sólo en el contexto de un consumo importante de café debería diagnosticarse de trastorno del sueño inducido por cafeína, tipo con insomnio, con inicio durante la intoxicación.

Comorbilidad

El insomnio es una comorbilidad frecuente en muchas afecciones médicas, como la diabetes, la enfermedad coronaria, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la artritis, la fibromialgia y otras afecciones de dolor crónico. La relación de riesgo parece ser bidireccional: el insomnio aumenta el riesgo de las afecciones médicas y los problemas médicos aumentan el riesgo de insomnio. La dirección de la relación no está siempre clara y puede cambiar con el tiempo; por esta razón, la terminología preferida es la de insomnio comórbido si existe insomnio junto con otra afección médica (o trastorno mental).

Los pacientes con trastorno de insomnio tienen a menudo un trastorno mental comórbido, en particular un trastorno bipolar, depresivo y de ansiedad. El insomnio persistente representa un factor de riesgo o un síntoma precoz de un posterior trastorno bipolar, depresivo, de ansiedad o de consumo de sustancias. Los sujetos con insomnio pueden utilizar incorrectamente los medicamentos o el alcohol para procurarse el sueño nocturno, los ansiolíticos para combatir la tensión o la ansiedad y la cafeína u otros estimulantes para combatir el exceso de fatiga. Además de empeorar el insomnio, el uso de este tipo de sustancias puede, en algunos casos, progresar hacia un trastorno por consumo de sustancias.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

Hay varios fenotipos de insomnio diferentes, relacionados con la fuente percibida del insomnio, que se reconocen en la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* en su 2ª edición (ICSD-2). Éstos son el insomnio psicofisiológico, el insomnio idiopático, la percepción errónea del estado de sueño y la higiene inadecuada del sueño. A pesar de su atractivo clínico y su valor heurístico, existen pruebas limitadas para apoyar estos fenotipos.

Trastorno de hipersomnia

Criterios diagnósticos 307.44 (F51.11)

A. El individuo refiere somnolencia excesiva (hipersomnia) a pesar de haber dormido durante un período principal que dura al menos siete horas, con uno o más de los síntomas siguientes:
   1. Períodos recurrentes de sueño o de caerse de sueño en el mismo día.
   2. Un episodio principal de sueño prolongado de más de nueve horas diarias que no es reparador (es decir, no descansa).
   3. Dificultad para estar totalmente despierto después de un despertar brusco.

B. La hipersomnia se produce al menos tres veces a la semana durante un mínimo de tres meses.

C. La hipersomnia se acompaña de malestar significativo o deterioro en lo cognitivo, social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La hipersomnia no se explica mejor por otro trastorno del sueño y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia o una parasomnia).

E. La hipersomnia no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).

F. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de hipersomnia.

Especificar si:

Con trastorno mental, incluidos trastornos por consumo de sustancias
Con afección médica
Con otro trastorno del sueño

Nota de codificación: El código 307.44 (F51.11) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de hipersomnia se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Agudo: Duración inferior a un mes.
Subagudo: Duración de 1–3 meses.
Persistente: Duración superior a tres meses.

Especificar la gravedad actual:
Especificar la gravedad basándose en el grado de dificultad para mantener la alerta durante el día como se pone de manifiesto por la aparición de múltiples accesos de sueño irresistible en un mismo día que se producen, por ejemplo, cuando se está sentado, conduciendo, de visita con amigos o trabajando.

Leve: Dificultad para mantener la alerta durante el día, 1–2 días/semana.
Moderado: Dificultad para mantener la alerta durante el día, 3–4 días/semana.
Grave: Dificultad para mantener la alerta durante el día, 5–7 días/semana.

Características diagnósticas

La hipersomnia es un término diagnóstico amplio e incluye síntomas de excesiva cantidad de sueño (p. ej., sueño nocturno prolongado o sueño diurno involuntario), alteración de la calidad de la vigilia (es decir, propensión al sueño durante la vigilia que se manifiesta por dificultad para despertar o incapacidad para mantenerse despierto cuando se requiere) e inercia del sueño (es decir, un período de alteración del rendimiento y de vigilancia reducida tras el despertar de un episodio de sueño habitual o de una siesta) (Criterio A). Los sujetos con este trastorno se duermen rápidamente y tienen una buena eficiencia del sueño (> 90 %). Pueden tener dificultad para despertarse por la mañana y a veces parecen confundidos, combativos o atáxicos. Esta alteración prolongada de la alerta en la transición sueño-vigilia a veces se denomina *inercia del sueño* (es decir, borrachera de sueño). También puede ocurrir tras despertarse de una siesta diurna. Durante ese período, el sujeto parece despierto, pero hay una disminución de la habilidad motora, la conducta puede ser muy inapropiada y pueden aparecer déficits de memoria, desorientación temporoespacial y sensación de mareo. Este período puede durar desde algunos minutos hasta horas.

La necesidad persistente de dormir puede llevar a una conducta automática (normalmente de un tipo muy rutinario, de baja complejidad) que el sujeto realiza con poco o ningún recuerdo posterior. Por ejemplo, los sujetos pueden descubrir que han conducido varios kilómetros desde donde pensaban que estaban de manera inconsciente tras realizar una conducción "automática" en los minutos precedentes. Para algunos sujetos con trastorno de hipersomnia, el episodio principal de sueño (para la mayoría de los sujetos, el sueño nocturno) tiene una duración de 9 horas o más. Sin embargo, el sueño es a menudo no reparador y se sigue de dificultad para despertar por la mañana. Para otros sujetos con trastorno de hipersomnia, el episodio principal de sueño es de una duración normal para el sueño nocturno (6-9 horas). En estos casos, la somnolencia excesiva se caracteriza por varias siestas diurnas involuntarias. Estas siestas diurnas tienden a ser relativamente largas (a menudo duran una hora o más), se siente que no son reparadoras (es decir, sin descanso) y no conducen a un aumento en la alerta. Los sujetos con hipersomnia se echan siestas diurnas casi cada día a pesar de la duración del sueño nocturno. La calidad subjetiva del sueño se puede referir o no como buena. Los sujetos normalmente sienten una somnolencia que se desarrolla a lo largo de un período de tiempo más que como un "ata-

que" repentino de sueño. Los episodios de sueño involuntario suceden típicamente en situaciones de baja estimulación y de baja actividad (p. ej., durante conferencias, leyendo, al ver la televisión o al tener que conducir largas distancias), pero en los casos más graves pueden manifestarse en situaciones que requieren una gran atención, como en el trabajo, en las reuniones o en los encuentros sociales.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Aunque son frecuentes el sueño no reparador, la conducta automática, las dificultades para despertarse por la mañana y la inercia del sueño en el trastorno de hipersomnia, éstos también se pueden ver en una variedad de trastornos, como la narcolepsia. Aproximadamente un 80 % de los sujetos con hipersomnia refiere que su sueño no es reparador, y los mismos tienen dificultades para despertarse por la mañana. La inercia del sueño, aunque es menos frecuente (es decir, que se observa en un 36-50 % de los sujetos con trastorno de hipersomnia), es muy específica de la hipersomnia. Las siestas cortas (es decir, de una duración menor de 30 minutos) a menudo no proporcionan descanso. Los sujetos con hipersomnia con frecuencia parecen dormidos y pueden incluso quedarse dormidos en la sala de espera del médico.

Un subconjunto de sujetos con trastorno de hipersomnia tiene antecedentes familiares de hipersomnia y síntomas de disfunción del sistema nervioso autónomo, como son dolores de cabeza recurrentes de tipo vascular, reactividad del sistema vascular periférico (fenómeno de Raynaud) y desmayos.

Prevalencia

Aproximadamente, el 5-10 % de los sujetos que acuden a las clínicas de trastornos del sueño por problemas de sueño diurno se diagnostica de trastorno de hipersomnia. Se estima que alrededor de un 1 % de la población general europea y estadounidense tiene episodios de inercia del sueño. La hipersomnia afecta a hombres y a mujeres con parecida frecuencia.

Desarrollo y curso

El trastorno de hipersomnia tiene un curso persistente, con una evolución progresiva en la gravedad de los síntomas. En la mayoría de los casos extremos, los episodios de sueño pueden durar hasta 20 horas. Sin embargo, la duración media del sueño nocturno es de alrededor de nueve horas y media. Mientras que muchos sujetos con hipersomnia son capaces de reducir su tiempo de sueño durante los días laborales, en los fines de semana y los días festivos, el sueño aumenta enormemente (hasta 3 horas). Los despertares son muy difíciles y se acompañan de episodios de inercia del sueño en casi el 40 % de los casos. La hipersomnia se manifiesta por completo en la mayoría de los casos en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana, con una edad media de inicio de 17-24 años. Los sujetos con trastorno de hipersomnia son diagnosticados, de promedio, 10-15 años después de la aparición de los primeros síntomas. Los casos pediátricos son raros.

La hipersomnia tiene un comienzo progresivo, con síntomas que comienzan entre los 15 y los 25 años, y una progresión gradual de semanas a meses. En la mayoría de los sujetos, el curso es persistente y estable a menos que se inicie un tratamiento. El desarrollo de otros trastornos del sueño (p. ej., el trastorno del sueño relacionado con la respiración) puede empeorar el grado de sueño. Si bien la hiperactividad puede ser uno de los signos de presentación de la somnolencia diurna en los niños, con la edad éstos aumentan sus siestas espontáneas. Este fenómeno normal es distinto de la hipersomnia.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La hipersomnia puede incrementarse temporalmente por el estrés psicológico y el consumo de alcohol, pero éstos no se han documentado como factores ambientales precipitantes. Se ha descrito que las infecciones virales han precedido o acompañado a la hipersomnia en aproximadamente un 10 % de los casos. Las infecciones virales, como la neumonía por VIH, la mononucleosis infecciosa y el síndrome de Guillain-Barré, también pueden evolucionar a una hipersomnia meses

después de la infección. La hipersomnia también puede aparecer a los 6-18 meses después de un traumatismo craneal.

Genéticos y fisiológicos. La hipersomnia puede ser familiar, siendo la herencia autosómica dominante.

Marcadores diagnósticos

La polisomnografía nocturna demuestra una duración del sueño que puede ser desde normal a prolongada, una latencia del sueño acortada y una continuidad del sueño de normal a aumentada. La distribución del sueño de movimientos rápidos de los ojos (REM) también es normal. La eficiencia del sueño es mayor del 90 % en la mayoría de los casos. Algunos sujetos con trastorno de hipersomnia tienen una gran cantidad de sueño de ondas lentas.

El test de latencia múltiple del sueño documenta la tendencia al sueño, indicada normalmente por unos valores medios de latencia del sueño menores de 8 minutos. En el trastorno de hipersomnia, el promedio de la latencia del sueño es característicamente menor de 10 minutos y frecuentemente de 8 minutos o menos. Pueden aparecer períodos REM al comienzo del sueño (SOREMP; es decir, aparición de sueño REM dentro de los 20 primeros minutos tras el comienzo del sueño), pero menos de dos veces en cada cuatro o cinco siesta.

Consecuencias funcionales del trastorno de hipersomnia

El bajo nivel de alerta que existe mientras un sujeto lucha frente a su necesidad de sueño puede conducir a una disminución de la eficiencia, la concentración y la memoria durante las actividades diurnas. La hipersomnia puede producir un malestar significativo y disfunción en las relaciones laborales y sociales. El sueño nocturno prolongado y la dificultad para despertar pueden ocasionar dificultades para cumplir con las responsabilidades matutinas, como llegar a tiempo al trabajo. Los episodios de sueño diurno involuntario pueden ser embarazosos e incluso peligrosos si, por ejemplo, el sujeto está conduciendo o utilizando maquinaria durante el episodio.

Diagnóstico diferencial

Variación normal del sueño. La duración "normal" del sueño varía considerablemente en la población general. Los "grandes dormidores" (es decir, los sujetos que necesitan una cantidad de sueño superior a la media) no tienen somnolencia excesiva, inercia del sueño ni conductas automáticas cuando obtienen la cantidad de sueño nocturno que necesitan. Refieren que el sueño es reparador. Si las actividades sociales o laborales condicionan un sueño nocturno más corto, pueden aparecer síntomas diurnos. En el trastorno de hipersomnia, por el contrario, los síntomas de somnolencia excesiva aparecen con independencia de la duración del sueño nocturno. La cantidad insuficiente de sueño nocturno y el síndrome de sueño insuficiente de origen conductual pueden producir síntomas de somnolencia diurna muy similares a los de la hipersomnia. Una duración de sueño promedio de menos de 7 horas por la noche indica claramente que el sueño nocturno es insuficiente, y un promedio de más de 9-10 horas de sueño en un período de 24 horas sugiere hipersomnia. De manera característica, los sujetos con sueño nocturno insuficiente se "recuperan" alargando la duración del sueño los días que están libres de ocupaciones sociales o laborales, o en vacaciones. A diferencia de la hipersomnia, es improbable que el sueño nocturno insuficiente persista sin cambios durante décadas. No debería hacerse un diagnóstico de trastorno de hipersomnia si existen dudas sobre una adecuada duración del sueño nocturno. A veces, una prueba diagnóstica y terapéutica de prolongación del sueño durante 10-14 días podría clarificar el diagnóstico.

Mala calidad del sueño y fatiga. El trastorno de hipersomnia se debería distinguir de la somnolencia excesiva relacionada con una insuficiente cantidad o calidad del sueño y de la fatiga (es decir, el cansancio que no se alivia necesariamente mediante el aumento de sueño y que no está relacionado con la cantidad o la calidad del sueño). La somnolencia excesiva y la fatiga son difíciles de diferenciar y se pueden solapar considerablemente.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los sujetos con hipersomnia y trastornos del sueño relacionados con la respiración pueden tener patrones similares de somnolencia excesiva.

Los trastornos del sueño relacionados con la respiración se sospechan cuando hay antecedentes de ronquidos sonoros, pausas respiratorias durante el sueño, lesión cerebral o enfermedad cardiovascular, y por la presencia, en la exploración física de obesidad, alteraciones anatómicas orofaríngeas, hipertensión o insuficiencia cardíaca. Los estudios polisomnográficos pueden confirmar la presencia de episodios de apnea en el trastorno de sueño relacionado con la respiración (y su ausencia en el trastorno de hipersomnia).

Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia. Los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia se caracterizan con frecuencia por somnolencia diurna. En los sujetos con trastorno del ritmo circadiano sueño-vigilia aparece el antecedente de un horario anormal de sueño-vigilia (con horas irregulares o cambiadas).

Parasomnias. Las parasomnias producen raramente el sueño nocturno prolongado y tranquilo o la somnolencia diurna que son característicos del trastorno de hipersomnia.

Otros trastornos mentales. El trastorno de hipersomnia se debe distinguir de los trastornos mentales que cursan con hipersomnia como rasgo esencial o asociado. En particular, puede haber quejas de somnolencia diurna en el episodio depresivo mayor con rasgos atípicos y en la fase depresiva del trastorno bipolar. Es esencial valorar otros trastornos mentales antes de considerar el diagnóstico de trastorno de hipersomnia. Se puede realizar un diagnóstico de trastorno de hipersomnia en presencia de otro trastorno mental presente o pasado.

Comorbilidad

La hipersomnia se puede asociar a los trastornos depresivos, los trastornos bipolares (durante un episodio depresivo) y el trastorno depresivo mayor de patrón estacional. Muchos sujetos con trastorno de hipersomnia tienen síntomas de depresión que pueden cumplir los criterios de un trastorno depresivo. Esta presentación se puede relacionar con las consecuencias psicosociales del aumento persistente de la necesidad de sueño. Los sujetos con trastorno de hipersomnia también tienen riesgo de presentar un trastorno por consumo de sustancias, en particular el relacionado con la automedicación con estimulantes. Esta falta general de especificidad puede dar lugar a perfiles muy heterogéneos entre las personas cuyos síntomas cumplen los mismos criterios diagnósticos que el trastorno de hipersomnia. Los trastornos neurodegenerativos, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la atrofia multisistémica, pueden asociarse a hipersomnia.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) diferencia nueve subtipos de "hipersomnias de origen central", entre las que está la hipersomnia recurrente (síndrome Kleine-Levin).

Narcolepsia

Criterios diagnósticos

A. Períodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir, de abandonarse al sueño o de echar una siesta que se producen en un mismo día. Estos episodios se han de haber producido al menos tres veces por semana durante los últimos tres meses.
B. Presencia de al menos una de las características siguientes:
   1. Episodios de cataplejía, definida por (a) o (b), que se producen como mínimo algunas veces al mes:
      a. En los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves (segundos o minutos) de pérdida brusca bilateral del tono muscular, con conservación de la consciencia, que se desencadenan con la risa o las bromas.

b. En los niños o en otros individuos en los seis meses posteriores al inicio, episodios espontáneos de muecas o de abrir la boca y sacar la lengua, o hipotonía general sin un desencadenante emocional evidente.

2. Deficiencia de hipocretina, según el valor de inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (inferior o igual a un tercio del valor en individuos sanos analizados con la misma prueba, o inferior o igual a 110 pg/mL). La concentración baja de hipocretina-1 en el LCR no se ha de observar en el contexto de lesión, inflamación o infección cerebral aguda.
3. Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos) inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño.

Especificar si:

347.00 (G47.419) Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina: Se cumplen los requisitos del Criterio B de concentración baja de hipocretina-1 en el LCR y polisomnografía/ prueba de latencia múltiple del sueño positiva, pero no existe cataplejía (no se cumple el Criterio B1).

347.01 (G47.411) Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina: En este raro subtipo (menos del 5 % de los casos de narcolepsia) se cumplen los requisitos del Criterio B de cataplejía y polisomnografía/prueba de latencia múltiple del sueño positiva, pero la concentración de hipocretina-1 en el LCR es normal (no se cumple el Criterio B2).

347.00 (G47.419) Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia: Este subtipo está causado por mutaciones del exón 21 del ADN (citosina-5)-metiltransferasa-1 y se caracteriza por la presencia de narcolepsia de inicio tardío (30-40 años de edad) (con concentración baja o intermedia de hipocretina-1 en el LCR), sordera, ataxia cerebelosa y finalmente demencia.

347.00 (G47.419) Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes de tipo 2: En raras ocasiones se ha descrito narcolepsia, obesidad y diabetes de tipo 2, y concentración baja de hipocretina-1 en el LCR, y se asocia a una mutación del gen de la glucoproteína de la mielina de los oligodendrocitos.

347.10 (G47.429) Narcolepsia secundaria a otra afección médica: Este subtipo corresponde a la narcolepsia que se desarrolla de forma secundaria a afecciones médicas que destruyen neuronas secretoras de hipocretina por causa infecciosa (p. ej., enfermedad de Whipple, sarcoidosis), traumática o tumoral.

Nota de codificación (en la CIE-9-MC el código es únicamente 347.10): En primer lugar, se codificará la afección médica subyacente (p. ej., 040.2 enfermedad de Whipple; 347.10 narcolepsia secundaria a la enfermedad de Whipple).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Cataplejía poco frecuente (menos de una a la semana), necesidad de siestas sólo una o dos veces al día, y menos alteración del sueño nocturno.

Moderado: Cataplejía una vez al día o cada pocos días, alteración del sueño nocturno y necesidad de múltiples siestas al día.

Grave: Cataplejía resistente a los fármacos con múltiples accesos diarios, somnolencia casi constante y alteración del sueño nocturno (es decir, movimientos, insomnio y sueños vívidos).

Subtipos

En la narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina pueden referirse síntomas poco claros "como de cataplejía" (p. ej., los síntomas no se desencadenan por emociones y duran inusualmente mucho tiempo). En casos extremadamente raros, los niveles en líquido cefalorraquídeo (LCR) de hipocretina-1 están bajos, y los resultados del test polisomnográfico de latencia múltiple del sueño (TLMS) son negativos: se aconseja repetir el test antes de establecer el diagnóstico del subtipo. En la narcolepsia con cataple-

jía pero sin deficiencia de hipocretina, los resultados del test para el antígeno leucocitario humano (HLA) DQB1*06:02 pueden ser negativos. Habría que excluir las crisis epilépticas, las caídas de otro origen y el trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En la narcolepsia secundaria a infecciones (p. ej., enfermedad de Whipple, sarcoidosis) o a la destrucción traumática o tumoral de las neuronas de hipocretina, los resultados del test para el HLA DQB1*06:02 pueden ser positivos y pueden resultar del daño que desencadena el proceso autoinmune. En otros casos, la destrucción de las neuronas de hipocretina puede ser secundaria a un traumatismo o a cirugía hipotalámica. Los traumatismos craneales o las infecciones del sistema nervioso central pueden, sin embargo, producir descensos transitorios de los niveles de hipocretina-1 en LCR sin pérdida de células de la hipocretina, complicando el diagnóstico.

Características diagnósticas

Los rasgos esenciales de la somnolencia en la narcolepsia son las siestas diurnas recurrentes o los lapsus de sueño. La somnolencia aparece característicamente a diario, pero debe ocurrir como mínimo tres veces por semana durante al menos 3 meses (Criterio A). La narcolepsia produce por lo general cataplejía, que se presenta frecuentemente como episodios breves (segundos o minutos) de pérdida súbita y bilateral del tono muscular que se desencadenan por las emociones, típicamente por la risa y las bromas. Los músculos que se afectan pueden ser los del cuello, la mandíbula, los brazos, las piernas o todo el cuerpo, dando como resultado la oscilación de la cabeza, la caída de la mandíbula e incluso caídas totales. Durante la cataplejía, los sujetos están despiertos y son conscientes. Para cumplir el Criterio B1 (a), la cataplejía se debe desencadenar por la risa o las bromas y debe aparecer al menos varias veces al mes cuando el trastorno no se trata, o existir desde tiempo atrás.

La cataplejía no debería confundirse con la "debilidad" que ocurre en el contexto de las actividades deportivas (fisiológica) o exclusivamente tras desencadenantes emocionales infrecuentes como el estrés o la ansiedad (lo que sugieren una posible psicopatología). Los episodios que duran horas o días y los que no se desencadenan por emociones probablemente no son de cataplejía, como tampoco lo son los de rodar por el suelo con risa histérica.

En los niños, cuando se acerca el inicio, la cataplejía genuina puede ser atípica y afectar primariamente a la cara, produciendo muecas o descensos de la mandíbula con protusión de la lengua ("caras catapléjicas"). Por otra parte, la cataplejía se puede presentar también en forma de hipotonía continua de bajo grado, lo que produce un paso tambaleante. En estos casos, el Criterio B1 (b) se puede cumplir en los niños o los adultos en los 6 meses siguientes después de un inicio rápido.

La narcolepsia-cataplejía casi siempre es el resultado de la pérdida de las células productoras de hipocretina hipotalámica (orexina) que causa deficiencia de hipocretina (de un tercio o menos de los valores normales, o 110 pg/mL en la mayoría de los laboratorios). La pérdida de células es probablemente de origen autoinmunitario y aproximadamente el 99 % de los sujetos afectados es portador del HLA-DQB1*06:02 (frente a un 12-38 % de los sujetos control). Por tanto, puede ser útil comprobar la presencia de DQB1*06:02 antes de hacer una punción lumbar para evaluar la inmunorreactividad a la hipocretina-1 del LCR. Raramente aparecen niveles bajos de hipocretina-1 en el LCR en ausencia de cataplejía, principalmente en jóvenes que podrían desarrollar una cataplejía más tarde. La medida de la hipocretina-1 en el LCR representa el *gold standard*, excepto si existen trastornos graves asociados (neurológicos, inflamatorios, infecciosos, traumáticos) que pueden interferir con la prueba.

También se puede realizar un estudio polisomnográfico del sueño nocturno seguido también de un TLMS para confirmar el diagnóstico (Criterio B3). Estos test se deberían realizar una vez que el individuo ha abandonado todas las medicaciones psicotrópicas y tras 2 semanas con suficiente tiempo de sueño (documentado por diarios de sueño o por actigrafía). La corta latencia de los movimientos rápidos de los ojos (REM) (período REM al inicio del sueño, latencia REM menor o igual a 15 minutos) durante la polisomnografía es suficiente para confirmar el diagnóstico y para cumplir el Criterio B3. Alternativamente, el resultado del TLMS debe ser positivo y mostrar una latencia media de sueño menor o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño en 4 o 5 siestas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Cuando la somnolencia es grave, pueden aparecer conductas automáticas y el individuo puede continuar sus actividades de manera semiautomática, como abotargado, sin memoria ni consciencia. Aproximadamente, el 20-60 % de los sujetos presenta alucinaciones hipnagógicas vívidas antes de

dormir o al quedarse dormidos, o alucinaciones hipnopómpicas justo después de despertarse. Estas alucinaciones son distintas de la actividad mental onírica no alucinatoria y menos vívida que aparece al comienzo del sueño en los durmientes normales. Las pesadillas y los sueños vívidos son también frecuentes en la narcolepsia, como el trastorno del comportamiento del sueño REM. Aproximadamente, el 20-60 % de los sujetos presenta parálisis del sueño al quedarse dormidos o al despertarse, que les mantiene despiertos pero incapaces de moverse o de hablar. Sin embargo, muchas personas con sueño normal también refieren parálisis del sueño, especialmente en presencia de estrés o de privación del sueño. Puede haber ingesta nocturna. La obesidad es frecuente. La interrupción del sueño nocturno con frecuentes despertares cortos o largos es habitual y puede ser discapacitante.

Los sujetos pueden parecer dormidos o se duermen en la sala de espera o durante el examen clínico. Durante la cataplejía, los sujetos se pueden desplomar en la silla y presentar lenguaje mal articulado o párpados caídos. Si el clínico tiene tiempo de comprobar los reflejos durante la cataplejía (la mayoría de los ataques duran menos de 10 segundos), éstos están abolidos, un hallazgo importante que distingue la cataplejía genuina del trastorno de conversión.

Prevalencia

La narcolepsia-cataplejía afecta al 0,02-0,04 % de la población general en la mayoría de los países. La narcolepsia afecta a ambos sexos, probablemente con ligero predominio masculino.

Desarrollo y curso

Típicamente comienza en niños y adolescentes/adultos jóvenes, pero raramente se inicia en los adultos mayores. Se sugieren dos picos de edad de comienzo, a los 15-25 años y a los 30-35 años. El comienzo puede ser abrupto o progresivo (a lo largo de los años). La gravedad es mayor, en los niños, cuando el comienzo es abrupto, y luego disminuye con la edad o con el tratamiento, de forma que ocasionalmente pueden desaparecer síntomas, como la cataplejía. El comienzo abrupto en los niños pequeños, prepuberales, puede asociarse con la obesidad y la pubertad prematura, fenotipo que se observa con más frecuencia desde 2009. En los adolescentes, el comienzo es más difícil de precisar. El comienzo en los adultos es a menudo poco claro y algunos sujetos refieren que han tenido somnolencia excesiva desde el nacimiento. Una vez que se manifiesta el trastorno, el curso es persistente y dura toda la vida.

En el 90 % de los casos, el primer síntoma que se manifiesta es la somnolencia o el aumento de sueño, seguido de la cataplejía (un 50 % al año, un 85 % a los 3 años). La somnolencia, las alucinaciones hipnagógicas, los sueños vívidos y el trastorno comportamental del sueño REM (movimientos excesivos durante el sueño REM) son síntomas precoces. El exceso de sueño progresa rápidamente hacia una incapacidad para permanecer despierto durante el día y para mantener un buen sueño durante la noche, sin un claro aumento de las necesidades de sueño totales de 24 horas. En los primeros meses, la cataplejía puede ser atípica, especialmente en los niños. En los niños la parálisis del sueño se desarrolla normalmente alrededor de la pubertad y tiene un comienzo prepuberal. El empeoramiento de los síntomas sugiere falta de adherencia al tratamiento o la aparición de un trastorno del sueño concurrente, principalmente la apnea del sueño.

Los niños pequeños y los adolescentes con narcolepsia desarrollan a menudo agresividad o problemas conductuales secundarios a la somnolencia y/o a la interrupción del sueño nocturno. La carga de trabajo y la presión social aumentan durante la educación secundaria y la universidad, reduciendo el tiempo nocturno de sueño disponible. El embarazo no parece modificar los síntomas de forma sistemática. Después de la jubilación, los sujetos tienen más ocasiones para echarse siestas, por lo que se reduce la necesidad de tomar estimulantes. El mantenimiento de un horario regular beneficia a los sujetos a todas las edades.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Las parasomnias, como, por ejemplo, el sonambulismo, el bruxismo, el trastorno comportamental del sueño REM y la enuresis, pueden ser más frecuentes en los sujetos que presentan narcolepsia. Los sujetos suelen referir que necesitan más tiempo de sueño que otros miembros de la familia.

Ambientales. Las infecciones de garganta por el estreptococo del grupo A, el virus de la influenza (principalmente el pandémico H1N1 2009) u otras infecciones invernales son probables desencadenantes de un proceso

autoinmune que produce narcolepsia unos meses más tarde. Los traumatismos craneales y los cambios bruscos en los patrones de sueño-vigilia (p. ej., los cambios laborales, el estrés) pueden ser desencadenantes adicionales.

Genéticos y fisiológicos. Los gemelos monocigóticos son concordantes en un 25-32 % en relación con la narcolepsia. La prevalencia de la narcolepsia es de un 1-2 % en los familiares de primer grado (un aumento global del riesgo entre 10 y 40 veces). La narcolepsia se asocia estrechamente a DQB1*06:02 (un 99 % frente a un 12-38 % en los sujetos control de varios grupos étnicos; un 25 % en la población general de Estados Unidos). En presencia de DQB1*06:02, DQB1*03:01 aumenta el riesgo, mientras que DQB1*05:01, DQB1*06:01 y DQB1*06:03 reducen el riesgo, pero el efecto es pequeño. Los polimorfismos del gen del receptor alfa de las células T y otros genes moduladores inmunológicos también modulan ligeramente el riesgo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La narcolepsia se ha descrito en todos los grupos étnicos y en muchas culturas. Entre los americanos de raza negra hay más casos que se presentan sin cataplejía o con cataplejía atípica, complicando el diagnóstico, especialmente, con la presencia de obesidad y apnea obstructiva del sueño.

Marcadores diagnósticos

Las neuroimágenes funcionales sugieren una alteración de las respuestas hipotalámicas a los estímulos hormonales. La polisomnografía nocturna seguida de un TLMS (test de latencias múltiples del sueño) se usa para confirmar el diagnóstico de narcolepsia, especialmente cuando el trastorno se diagnostica por primera vez y antes de empezar el tratamiento, y si no se ha documentado la deficiencia de hipocretina a través de pruebas bioquímicas. La polisomnografía y el TLMS deberían hacerse una vez que el sujeto ha dejado de tomar cualquier fármaco psicotrópico y tras comprobar que hay patrones de sueño-vigilia regulares, sin turnos laborales ni privación de sueño.

Un período REM al comienzo del sueño en la polisomnografía (latencia de sueño REM igual o menor a 15 minutos) es muy específico (en los sujetos de control es positivo en un 1 % aproximadamente) pero moderadamente sensible (un 50 % aproximadamente). Un resultado positivo en el TLMS muestra una latencia de sueño promedio de 8 minutos o menos y períodos REM al comienzo del sueño en dos o más siestas del test de cuatro o cinco siestas. El resultado del TLMS es positivo en un 90-95 % de los sujetos con narcolepsia frente a un 2-4 % en los sujetos control o en los sujetos con otros trastornos del sueño. Otros hallazgos polisomnográficos son los despertares frecuentes, la disminución de la eficacia del sueño y el aumento de la fase 1 del sueño. Es frecuente encontrar movimientos periódicos de las piernas (en alrededor del 40 % de los sujetos con narcolepsia) y apnea del sueño.

La deficiencia de hipocretina se demuestra midiendo la inmunorreactividad en el LCR a hipocretina-1. El test es particularmente útil en los sujetos con sospecha de trastorno de conversión, en los que tienen cataplejía atípica y en los casos refractarios al tratamiento. El valor diagnóstico del test no se afecta por los medicamentos, la privación del sueño o el momento circadiano, pero los hallazgos no se pueden interpretar cuando el sujeto está gravemente enfermo con una infección concurrente o un traumatismo craneal, ni cuando está en coma. La citología, las proteínas y la glucosa del LCR se encuentran dentro del rango de la normalidad incluso cuando las muestras son de las primeras semanas durante un inicio rápido. La hipocretina-1 del LCR en estos casos incipientes ya está típicamente muy disminuida o es indetectable.

Consecuencias funcionales de la narcolepsia

Como la conducción y el trabajo se deterioran, los sujetos con narcolepsia deberían evitar aquellos trabajos que les puedan poner en peligro a ellos mismos (p. ej., trabajar con maquinaria) o a los demás (p. ej., conductor de autobús, piloto). Una vez que la narcolepsia se controla mediante tratamiento, los pacientes normalmente pueden conducir, aunque no deben recorrer grandes distancias solos. Los individuos sin tratamiento también están en riesgo de aislamiento social y de ocasionar lesiones accidentales a ellos mismo o a los demás. Las relaciones sociales pueden deteriorarse, ya que estos sujetos se esfuerzan en evitar la cataplejía controlando sus emociones.

Diagnóstico diferencial

Otras hipersomnias. La hipersomnia y la narcolepsia son similares con respecto al grado de somnolencia diurna, la edad de inicio y su curso estable a lo largo del tiempo, pero se pueden distinguir

por los rasgos clínicos y de laboratorio diferenciales. Los sujetos con hipersomnia tienen típicamente un sueño nocturno más largo y menos interrumpido, mayor dificultad para despertarse, más somnolencia diurna persistente (en oposición a más "ataques de sueño" aislados en la narcolepsia), episodios de sueño diurno más largos y que les descansan menos, y poco o ninguna ensoñación durante las siestas diurnas. En contraste, los sujetos con narcolepsia tienen cataplejía e intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en la transición entre el sueño y la vigilia (p. ej., alucinaciones relacionadas con el sueño y parálisis del sueño). En los sujetos con narcolepsia, el TLMS muestra típicamente latencias de sueño acortadas (es decir, mayor somnolencia fisiológica), así como la presencia de múltiples períodos REM en el comienzo del sueño.

Privación de sueño e insuficiente sueño nocturno. La privación de sueño y el sueño nocturno insuficiente son frecuentes en los adolescentes y en los trabajadores a turnos. En los adolescentes son frecuentes las dificultades para quedarse dormidos por la noche, que causan privación del sueño. El resultado del TLMS puede ser positivo si se realiza cuando el sujeto tiene privación del sueño o si su sueño tiene un retraso de fase.

Síndromes de apnea del sueño. Las apneas del sueño son especialmente probables cuando hay obesidad. Como la apnea obstructiva del sueño es más frecuente que la narcolepsia, se puede ignorar la cataplejía (o estar ausente) y se asume que el sujeto tiene apnea obstructiva del sueño sin respuesta a las terapias habituales.

Trastorno depresivo mayor. La narcolepsia o la hipersomnia pueden asociarse o confundirse con la depresión. La cataplejía no se presenta en la depresión. Los resultados del TLMS son la mayor parte de las veces normales y existe una disociación entre la somnolencia subjetiva y la objetiva, medida mediante el promedio de latencia del sueño durante el TLMS.

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). En el trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) puede haber rasgos atípicos, como una cataplejía duradera o desencadenantes atípicos. Los sujetos pueden referir que duermen y sueñan pero, sin embargo, el TLMS no muestra los característicos períodos REM del comienzo del sueño. Durante la consulta podría producirse una pseudocataplejía duradera y completa que proporcione al médico suficiente tiempo para verificar los reflejos, que permanecen intactos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y otros problemas conductuales. En los niños y los adolescentes, la somnolencia puede causar problemas conductuales, entre los que están la agresividad y la inatención, lo que puede conducir al diagnóstico erróneo de un trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Crisis epilépticas. En los niños pequeños, la cataplejía puede diagnosticarse erróneamente como crisis epilépticas. Las crisis epilépticas no suelen desencadenarse por emociones y, si lo hacen, el desencadenante no suele ser ni la risa, ni las bromas. Durante una crisis epiléptica, los sujetos tienen más probabilidad de herirse cuando se caen. Es raro que existan crisis epilépticas caracterizadas por atonía aislada sin asociación con otras crisis epilépticas, y éstas además presentan rasgos en el electroencefalograma.

Corea y trastornos del movimiento. En los niños pequeños, la cataplejía puede diagnosticarse erróneamente como corea o trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados con infecciones por el estreptococo, en especial en el contexto de una infección de garganta por estreptococo y altos niveles de anticuerpos antiestreptolisina O. Algunos niños pueden tener un trastorno del movimiento solapado próximo al inicio de la cataplejía.

Esquizofrenia. Ante la presencia de alucinaciones hipnagógicas vívidas y floridas, los sujetos pueden creer que esas experiencias son reales, rasgo que sugiere una esquizofrenia. De modo similar, pueden aparecer delirios persecutorios durante un tratamiento con estimulantes. Si hay cataplejía, el clínico debería asumir en primer lugar que estos síntomas son secundarios a la narcolepsia antes que considerar un diagnóstico concurrente de esquizofrenia.

Comorbilidad

La narcolepsia puede ocurrir junto con un trastorno bipolar, depresivo o de ansiedad, y en casos raros junto con la esquizofrenia. La narcolepsia también se asocia a un aumento del índice de masa corpo-

ral o a obesidad, especialmente en la narcolepsia sin tratamiento. Es frecuente la ganancia rápida de peso en los niños pequeños con comienzo repentino de la enfermedad. Si se produce un empeoramiento brusco de una narcolepsia preexistente, habría que considerar la presencia de un trastorno comórbido de apnea del sueño.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) diferencia cinco subtipos de narcolepsia.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

La categoría de trastornos del sueño relacionados con la respiración comprende tres trastornos relativamente diferentes: apnea e hipopnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño e hipoventilación relacionada con el sueño.

Apnea e hipopnea obstructiva del sueño

Criterios diagnósticos 327.23 (G47.33)

A. Puede ser (1) o (2):
   1. Signos en la polisomnografía de al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño y uno u otro de los síntomas del sueño siguientes:
      a. Alteraciones nocturnas de la respiración: ronquidos, resoplidos/jadeo o pausas respiratorias durante el sueño.
      b. Somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de las condiciones suficientes para dormir, que no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido un trastorno del sueño) y que no se puede atribuir a otra afección médica.
   2. Signos en la polisomnografía de 15 o más apneas y/o hipopneas obstructivas por hora de sueño con independencia de los síntomas acompañantes.

Especificar la gravedad actual:

Leve: El índice de apnea-hipopnea es inferior a 15.
Moderado: El índice de apnea-hipopnea es de 15–30.
Grave: El índice de apnea-hipopnea es superior a 30.

Especificadores

La gravedad de la enfermedad se mide contando el número de apneas e hipopneas por hora de sueño (índice apnea hipopnea) usando la polisomnografía u otra monitorización durante la noche. También se evalúa la gravedad global mediante los niveles de desaturación nocturna, la fragmentación del sueño (medido por la frecuencia de despertar cortical cerebral y por las fases del sueño) y el grado de síntomas asociados y de deterioro diurno. Sin embargo, el número exacto y los umbrales pueden variar de acuerdo con las técnicas específicas de medida utilizadas, y estos números pueden cambiar a lo largo del tiempo. Con independencia del índice de apnea hipopnea (recuento) *per se*, el trastorno se considera más grave cuando las apneas e hipopneas se acompañan de una desaturación de oxígeno de la hemoglobina significativa (p. ej., cuando más del 10 % del tiempo de sueño transcurre con niveles de desaturación menores del 90 %) o cuando el sueño está gravemente fragmentado, lo que puede apreciarse por

<= Ir a la Clasificación

un aumento en el índice de despertares (índice de despertar mayor de 30) o por fases de sueño profundo reducidas (p. ej., un porcentaje de la fase N3 [sueño de ondas lentas] menor del 5 %).

Características diagnósticas

La apnea e hipopnea obstructiva del sueño es el trastorno relacionado con la respiración más frecuente. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de las vías aéreas altas (faríngea) (apneas e hipopneas) durante el sueño. La *apnea* se refiere a la ausencia total de flujo aéreo, y la *hipopnea* se refiere a una reducción en el flujo aéreo. Cada apnea o hipopnea representa una reducción en la respiración de al menos 10 segundos de duración en los adultos o dos respiraciones perdidas en los niños, y se asocia típicamente con descensos de la saturación de oxígeno del 3 % o más y/o despertar electroencefalográfico. Son frecuentes tanto los síntomas relacionados con el sueño (nocturnos) como los de la vigilia. Los síntomas cardinales de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño son el ronquido y la somnolencia diurna.

La apnea e hipopnea obstructiva del sueño en los adultos se diagnostica en base a los hallazgos polisomnográficos y a los síntomas. El diagnóstico se basa en los síntomas de 1) alteraciones de la respiración nocturna (p. ej., ronquidos, resoplidos/jadeo, pausas respiratorias durante el sueño), o 2) somnolencia diurna, fatiga o sueño no reparador a pesar de unas condiciones suficientes para dormir, que no se explican mejor por otro trastorno mental y que no se pueden atribuir a otra afección médica, junto con 3) signos en la polisomnografía de cinco o más apneas o hipopneas obstructivas o hipopneas obstructivas por hora de sueño (Criterio A1). Se puede hacer el diagnóstico en ausencia de estos síntomas si la polisomnografía muestra signos de 15 o más apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño (Criterio A2).

Se debe prestar una atención específica a las alteraciones del sueño que se asocian a ronquidos o a pausas respiratorias y que se acompañan de cambios físicos que aumentan el riesgo de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (p. ej., la obesidad central, una vía respiratoria faríngea ocupada, la presión arterial alta) para reducir las posibilidades de diagnosticar erróneamente este trastorno, que es tratable.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los sujetos con apnea e hipopnea obstructiva del sueño pueden presentar síntomas de insomnio por la frecuencia de los despertares nocturnos. Otros síntomas frecuentes, aunque inespecíficos, de apnea e hipopnea obstructiva del sueño son: ardor de estómago, nicturia, dolores de cabeza matinales, boca seca, disfunción eréctil y disminución de la libido. En algunas ocasiones, los sujetos se pueden quejar de dificultad para respirar mientras están tumbados en posición supina o durante el sueño. Puede haber hipertensión en más del 60 % de los sujetos con apnea e hipopnea obstructiva del sueño.

Prevalencia

La apnea e hipopnea obstructiva del sueño es un trastorno muy frecuente que afecta al menos al 1-2 % de los niños, al 2-15 % de los adultos de edad mediana y a más de un 20 % de los ancianos. En la comunidad, las tasas de prevalencia de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño sin diagnosticar pueden ser muy altas en los ancianos. Como el trastorno se asocia estrechamente con la obesidad, es probable que los aumentos en las tasas de obesidad vayan acompañados de un aumento en la prevalencia de este trastorno. La prevalencia puede ser especialmente alta entre los varones, los adultos mayores y ciertos grupos raciales/étnicos. En los adultos, la proporción hombre/mujer para la apnea e hipopnea obstructiva del sueño oscila entre 2:1 y 4:1. Las diferencias por sexo disminuyen a edades avanzadas, posiblemente por un aumento de la prevalencia en las mujeres tras la menopausia. No hay diferencias sexuales entre los niños prepuberales.

Desarrollo y curso

La distribución por edades de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño es probablemente en forma de J. Hay un pico en los niños de 3-8 años, cuando es posible que la nasofaringe se bloquee a causa de una masa relativamente grande de tejido amigdalar en comparación con el tamaño de la vía aérea

superior. La prevalencia se reduce con el crecimiento de la vía aérea y con la regresión del tejido linfático durante la infancia avanzada. Después, según aumenta la prevalencia de la obesidad en las edades medias de la vida y las mujeres entran en la menopausia, la apnea e hipopnea obstructiva del sueño aumenta de nuevo. El curso no está claro a edades avanzadas; el trastorno puede estabilizarse tras los 65 años, pero en otros sujetos la prevalencia puede aumentar con la edad. Como existe una cierta dependencia de la edad en la aparición de apneas e hipopneas, los resultados polisomnográficos deben interpretarse a la luz de otros datos clínicos. En particular, deberían investigarse los síntomas de insomnio o hipersomnia clínicamente significativos con independencia de la edad del sujeto.

La apnea e hipopnea obstructiva del sueño tiene normalmente un comienzo insidioso, una progresión gradual y un curso persistente. De manera típica el ronquido sonoro ha estado presente durante muchos años, a menudo desde la infancia, pero ha aumentado de gravedad, lo que ha llevado al sujeto a consultar. La ganancia ponderal puede precipitar un aumento de los síntomas. Aunque la apnea e hipopnea obstructiva del sueño puede ocurrir a cualquier edad, se presenta con más frecuencia entre los sujetos de 40-60 años. En un período de 4-5 años, el índice promedio de apnea e hipopnea aumenta, en los adultos y en los ancianos, aproximadamente en dos apneas/hipopneas por hora. El índice de apnea-hipopnea aumenta y la incidencia de apnea e hipopnea obstructiva del sueño es mayor entre los sujetos mayores, entre los varones y entre los que tienen un mayor índice de masa corporal (IMC) o han aumentado su IMC a lo largo del tiempo. Se ha contemplado la resolución espontánea de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño con la pérdida de peso, en particular tras la cirugía bariátrica. En los niños se ha observado una variación estacional de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño, así como una mejoría con el crecimiento general.

En los niños pequeños, los signos y síntomas de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño pueden ser más sutiles que en los adultos, lo que hace que el diagnóstico sea más difícil de establecer. La polisomnografía es útil para confirmar el diagnóstico. Los signos de fragmentación del sueño en el polisomnograma pueden no ser tan evidentes como en los estudios de los sujetos mayores, posiblemente por la elevada tendencia homeostática de los sujetos jóvenes. Los síntomas como el ronquido, que suelen referir los padres, tienen menos sensibilidad. Puede haber despertares agitados y posturas atípicas durante el sueño, como dormir sobre las manos y las rodillas. También puede haber enuresis nocturna y este síntoma debería hacer sospechar una apnea e hipopnea obstructiva del sueño si vuelve a aparecer en un niño que ya no se orinaba por la noche. Los niños también pueden manifestar una excesiva somnolencia diurna, aunque esto no es tan frecuente ni tan acusado como en los adultos. También son rasgos frecuentes en los niños respirar por la boca durante el día, la dificultad para tragar y la mala articulación del lenguaje. Los niños menores de 5 años presentan más a menudo síntomas nocturnos, como apneas apreciables o respiración trabajosa, que síntomas conductuales (es decir, que los síntomas nocturnos son más apreciables y son los que con más frecuencia motivan que se lleve al niño a la consulta). En los niños mayores de 5 años, el centro de la preocupación suelen ser los síntomas diurnos, como la somnolencia y los problemas conductuales (p. ej., la impulsividad y la hiperactividad), el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, las dificultades de aprendizaje y los dolores de cabeza matinales. Los niños con apnea e hipopnea obstructiva del sueño también pueden presentar un retardo del crecimiento y retrasos del desarrollo. En los niños pequeños, la obesidad es un factor de riesgo menos frecuente; sin embargo, puede haber un retraso del crecimiento y "ausencia de desarrollo".

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Los factores de riesgo principales de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño son la obesidad y el sexo masculino. También se consideran la retrognatia máxilo-mandibular y la micrognatia, la historia familiar positiva de apnea del sueño, los síndromes genéticos que reducen la permeabilidad de las vías aéreas superiores (p. ej., el síndrome de Down, el síndrome de Treacher Collins), la hipertrofia adenoamigdalar (especialmente en los niños pequeños), la menopausia (en las mujeres) y varios síndromes endocrinos (p. ej., la acromegalia). En comparación con las mujeres premenopaúsicas, los hombres tienen más riesgo de apnea-hipopnea obstructiva del sueño posiblemente como un reflejo de la influencia de las hormonas sexuales en el control ventilatorio y en la distribución de la grasa corporal, así como por las diferencias sexuales en la estructura de las vías aéreas. Los medicamentos para tratar trastornos mentales y orgánicos que tienden a producir somnolencia pueden empeorar el curso de los síntomas de apnea si no se manejan adecuadamente.

La apnea-hipopnea obstructiva del sueño tiene una fuerte base genética, evidenciada por la importante agregación familiar del índice de apnea-hipopnea. La prevalencia de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño es aproximadamente dos veces más alta entre los familiares de primer grado de los pacientes con apnea-hipopnea obstructiva del sueño que entre los miembros de las familias de control. Un tercio de la varianza del índice de apnea-hipopnea se explica por factores familiares comunes. Aunque aún no se dispone de marcadores genéticos con valor diagnóstico o pronóstico, la obtención de una historia familiar de apnea-hipopnea obstructiva del sueño aumentaría la sospecha clínica del trastorno.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Potencialmente, la somnolencia y la fatiga pueden presentarse de un modo diferente en las distintas culturas. En algunos grupos, roncar puede considerarse un signo de salud y puede que no desencadene preocupación alguna. Los sujetos de origen asiático pueden tener un mayor riesgo de apnea-hipopnea obstructiva del sueño a pesar de tener un IMC relativamente bajo, lo que probablemente refleje la influencia de factores de riesgo craneofaciales que estrechan la nasofaringe.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres pueden referir con más frecuencia fatiga que somnolencia y puede que no refieran ronquidos.

Marcadores diagnósticos

La polisomnografía proporciona datos cuantitativos sobre la frecuencia de las alteraciones respiratorias relacionadas con el sueño y sobre los cambios asociados en la saturación de oxígeno y en la continuidad del sueño. Los hallazgos polisomnográficos en los niños difieren de los de los adultos, ya que los niños presentan dificultades respiratorias, hipoventilación obstructiva parcial con desaturaciones cíclicas, hipercapnia y movimientos paradójicos. Se utilizan para el índice de apnea-hipopnea valores de tan sólo 2 para definir el umbral de la anormalidad en los niños.

Las medidas de los gases en sangre arterial, mientras el sujeto está despierto, son habitualmente normales, pero algunos sujetos pueden tener hipoxemia o hipercapnia al despertarse. Este patrón debería alertar al clínico sobre la posibilidad de la coexistencia de una enfermedad pulmonar o de hipoventilación. Las técnicas de imagen pueden mostrar un estrechamiento de la vía aérea superior. Las pruebas cardíacas pueden mostrar signos de alteración de la función ventricular. Los sujetos con desaturaciones de oxígeno nocturnas graves pueden también tener elevada la hemoglobina o los valores del hematócrito. Las medidas del sueño validadas (p. ej., el test de latencias múltiples del sueño [TLMS], el test del mantenimiento de la vigilia) pueden identificar la somnolencia.

Consecuencias funcionales de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño

Más del 50 % de los sujetos con apnea-hipopnea obstructiva del sueño moderada o grave refiere síntomas de somnolencia diurna. Se ha comunicado que síntomas tales como el ronquido y la somnolencia multiplican por dos el riesgo de accidentes laborales. Se aprecia que los accidentes de tráfico se elevan siete veces entre los sujetos con valores aumentados del índice de apnea-hipopnea. Los clínicos deberían estar al tanto de los requisitos gubernamentales para informar sobre este trastorno, en especial en lo que se refiere a los conductores comerciales. Es frecuente que entre los sujetos con apnea-hipopnea obstructiva del sueño haya menores puntuaciones en las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, y que los mayores descensos afecten a las subescalas física y de vitalidad.

Diagnóstico diferencial

Ronquido primario y otros trastornos del sueño. Los sujetos con apnea-hipopnea obstructiva del sueño deben diferenciarse de los sujetos con ronquido primario (es decir, los individuos, por otra

parte asintomáticos, que roncan y que no tienen alteraciones en la polisomnografía nocturna). Los sujetos con apnea e hipopnea obstructiva del sueño pueden referir jadeos y ahogos nocturnos. La presencia de somnolencia o de otros síntomas diurnos que no se expliquen por otras etiologías sugiere el diagnóstico de apnea e hipopnea obstructiva del sueño, pero esta distinción requiere una polisomnografía. El diagnóstico diferencial definitivo entre hipersomnia, apnea central del sueño, hipoventilación relacionada con el sueño y apnea-hipopnea obstructiva del sueño también requiere estudios polisomnográficos.

La apnea e hipopnea obstructiva del sueño debe diferenciarse de otras causas de somnolencia, como la narcolepsia, la hipersomnia y los trastornos del ritmo circadiano del sueño. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño puede diferenciarse de la narcolepsia por la ausencia de cataplejía, de alucinaciones relacionadas con el sueño y de parálisis del sueño, y por la presencia de ronquidos sonoros y jadeos o de apneas apreciables durante el sueño. Los episodios de sueño diurno de la narcolepsia son característicamente cortos, aportan más descanso y se asocian con más frecuencia a ensoñaciones. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño presenta, durante los estudios polisomnográficos nocturnos, apneas e hipopneas características y desaturación de oxígeno. La narcolepsia origina múltiples períodos de movimientos rápidos de los ojos (REM) al comienzo del sueño durante el TLMS. La narcolepsia, como la apnea e hipopnea obstructiva del sueño, puede asociarse con obesidad, y algunos sujetos tienen simultáneamente narcolepsia y apnea e hipopnea obstructiva del sueño.

Trastorno de insomnio. El insomnio puede diferenciarse de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño, en los sujetos con quejas de dificultad para iniciar o mantener el sueño o con despertares tempranos, por la ausencia de ronquido y la ausencia de antecedentes, signos y síntomas característicos de este último trastorno. Sin embargo, el insomnio y la apnea e hipopnea obstructiva del sueño pueden coexistir y, si lo hacen, puede que haya que atender ambos trastornos a la vez para mejorar el sueño.

Ataques de pánico. Los ataques de pánico nocturnos pueden incluir síntomas de jadeos o ahogo durante el sueño que pueden ser difíciles de distinguir clínicamente de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. Sin embargo, la menor frecuencia de episodios, la intensa activación autonómica y la falta de excesiva somnolencia diferencia los ataques de pánico nocturnos de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. La polisomnografía en los sujetos con ataques de pánico no revela el patrón típico de apneas y desaturación de oxígeno característico de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. Los sujetos con apnea e hipopnea obstructiva del sueño no tienen antecedentes de ataques de pánico diurnos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad en los niños puede incluir síntomas de inatención, deterioro académico, hiperactividad y conductas interiorizadoras que pueden también ser síntomas de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño en el niño. La presencia de otros síntomas y signos de apnea e hipopnea obstructiva del sueño en el niño (p. ej., una respiración difícil o ronquidos durante el sueño e hipertrofia adenoamigdalar) sugerirían la presencia de dicha enfermedad. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño y el trastorno por déficit de atención/hiperactividad con frecuencia pueden coexistir, y puede que haya nexos causales entre ellos; por lo tanto, los factores de riesgo, como las amígdalas aumentadas, la obesidad o una historia familiar de apnea del sueño, pueden ayudar a alertar al clínico sobre su coexistencia.

Insomnio o hipersomnia inducidos por sustancias/medicamentos. El uso y la abstinencia de sustancias (incluidos los medicamentos) pueden producir insomnio o hipersomnia. Una historia minuciosa suele ser suficiente para identificar la sustancia/medicamento pertinente, y el seguimiento muestra una mejoría de la alteración del sueño una vez que ésta se ha suspendido. En otros casos, el uso de una sustancia/medicamento (p. ej., el alcohol, los barbitúricos, las benzodiazepinas, el tabaco) puede exacerbar la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. Un sujeto con síntomas y signos que se corresponden con una apnea e hipopnea obstructiva del

sueño debería recibir ese diagnóstico incluso si utiliza simultáneamente una sustancia que empeora el trastorno.

Comorbilidad

La hipertensión sistémica, la enfermedad coronaria, el fallo cardíaco, el infarto cerebral, la diabetes y una mayor mortalidad se asocian habitualmente a la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. El riesgo estimado varía del 30 al 300 % en la apnea e hipopnea obstructiva del sueño moderada o grave. La evidencia de hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha (p. ej., *cor pulmonale*, edema de tobillos, congestión hepática) es rara en la apnea e hipopnea obstructiva del sueño y, de existir, indicaría una enfermedad muy grave, una hipoventilación asociada o comorbilidad cardiopulmonar. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño también puede verse asociada con gran frecuencia a bastantes afecciones médicas o neurológicas (p. ej., la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson). Los hallazgos físicos reflejan la coexistencia de estos trastornos.

Hasta un tercio de los sujetos que se derivan para su evaluación por apnea e hipopnea obstructiva del sueño refiere síntomas de depresión, y hasta un 10 % presenta puntuaciones de depresión que corresponden a una depresión moderada o grave. Se considera que la gravedad de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño, medida por el índice de apnea e hipopnea, se correlaciona con la gravedad de los síntomas de la depresión. Esta conexión puede ser mayor en los hombres que en las mujeres.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) diferencia once subtipos de "trastornos del sueño relacionados con la respiración", incluidas la apnea central del sueño, la apnea obstructiva del sueño y la hipoventilación relacionada con el sueño.

Apnea central del sueño

Criterios diagnósticos

A. Signos en la polisomnografía de cinco o más apneas centrales por hora de sueño.
B. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual.

Especificar si:

327.21 (G47.31) Apnea central del sueño idiopática: Se caracteriza por la presencia de episodios repetidos de apnea e hipopnea durante el sueño causada por la variabilidad del esfuerzo respiratorio, pero sin signos de obstrucción de las vías respiratorias.

786.04 (R06.3) Respiración de Cheyne-Stokes: Patrón de variación periódica de aumento-disminución del volumen corriente que da lugar a apneas e hipopneas centrales con una frecuencia de al menos cinco episodios por hora, acompañados de despertar frecuente.

780.57 (G47.37) Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos: La patogenia de este subtipo se atribuye a los efectos de los opiáceos en los generadores del ritmo respiratorio en el bulbo raquídeo, así como en los efectos diferenciales en el impulso respiratorio hipóxico o hipercápnico.

Nota de codificación (sólo para el código 780.57 [G47.37]): Cuando existe un trastorno por consumo de opiáceos, se codifica en primer lugar el trastorno por consumo de opiáceos: 305.50 (F11.10) trastorno leve por consumo de opiáceos o 304.00 (F11.20) trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos; a continuación se codifica 780.57 (G47.37) apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos. Cuando no existe un trastorno por consumo de opiáceos (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), se codifica sólo 780.57 (G47.37) apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos.

Nota: Véase la sección "Características diagnósticas" en el texto.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad de la apnea central del sueño se clasifica según la frecuencia de las alteraciones de la respiración, así como el grado de desaturación de oxígeno asociada y la fragmentación del sueño que se produce a consecuencia de las alteraciones respiratorias repetitivas.

Subtipos

La apnea central del sueño idiopática y la respiración de Cheyne-Stokes se caracterizan por un incremento de la ganancia en el sistema de control ventilatorio, también conocido como *ganancia aumentada* en bucle de retroalimentación, lo que conduce a inestabilidad en la ventilación y en los niveles de CO_2 alveolar. Esta inestabilidad se denomina *respiración periódica* y puede reconocerse por la alternancia entre hiperventilación e hipoventilación. Los sujetos con estos trastornos tienen niveles de CO_2 en sangre, mientras están despiertos, que son ligeramente hipocápnicos o normocápnicos. La apnea central del sueño también puede manifestarse durante el inicio del tratamiento de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño o puede ocurrir en asociación con el síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (llamada apnea del sueño compleja). Se considera que la presencia de apnea central del sueño en asociación con la apnea obstructiva del sueño se debe a un efecto de ganancia alta en el bucle de retroalimentación. En contraste, la patogenia de la apnea central del sueño comórbida con un consumo concurrente de opiáceos se ha atribuido a los efectos de los opiáceos sobre los generadores del ritmo respiratorio en la médula, así como a sus efectos diferenciales sobre el impulso respiratorio hipóxico y el hipercápnico. Estos sujetos pueden tener niveles elevados de CO_2 en sangre mientras están despiertos. Los sujetos en tratamiento de mantenimiento crónico con metadona pueden notar un aumento de la somnolencia y de la depresión, aunque no se ha estudiado el papel de los trastornos respiratorios asociados con la medicación opioide como causante de estos problemas.

Especificadores

El aumento del índice de apneas centrales (es decir, del número de apneas centrales por hora de sueño) refleja una mayor gravedad de la apnea central del sueño. La continuidad y calidad del sueño se pueden alterar notablemente con las reducciones de las fases reparadoras del sueño sin movimientos oculares rápidos (REM) (es decir, con la disminución del sueño de ondas lentas [fase N3]). En los sujetos con respiración de Cheyne-Stokes, el patrón también se puede observar durante los descansos de la vigilia, hallazgo que se cree que es un mal marcador diagnóstico de mortalidad.

Características diagnósticas

Los trastornos de apnea central del sueño se caracterizan por episodios repetidos de apneas e hipopneas durante el sueño, causados por la variabilidad del esfuerzo respiratorio. Son trastornos del control ventilatorio en los que los fenómenos respiratorios suceden con un patrón periódico o intermitente. La *apnea central del sueño idiopática* se caracteriza por somnolencia, insomnio y despertares debidos a la disnea que se asocia a cinco o más apneas centrales por hora de sueño. La apnea central del sueño que ocurre en los sujetos con insuficiencia cardíaca, infarto cerebral o insuficiencia renal tiene típicamente un patrón respiratorio denominado *respiración de Cheyne-Stokes*, que se caracteriza por variaciones periódicas en crescendo-decrescendo del volumen corriente que origina apneas centrales e hipopneas que ocurren con una frecuencia de, al menos, cinco episodios por hora y que se acompañan de despertares frecuentes. Pueden coexistir la apnea central y la obstructiva del sueño; la proporción de apneas e hipopneas centrales frente a obstructivas se puede usar para identificar cuál es el trastorno predominante.

Las alteraciones del control neuromuscular de la respiración pueden estar relacionadas con los medicamentos o sustancias que se usan en los sujetos con enfermedades mentales, que a su vez pueden causar o exacerbar las alteraciones del ritmo respiratorio y de la ventilación. Los sujetos que toman estos medicamentos tienen un trastorno del sueño relacionado con la respiración que podría contribuir a las alteraciones del sueño y a los síntomas de somnolencia, confusión y depresión. Espe-

cíficamente, *el consumo crónico de medicamentos opiáceos de duración prolongada* se asocia a menudo con la alteración del control respiratorio, lo que conduce a una apnea central del sueño.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los sujetos con apnea e hipopnea central del sueño pueden presentar somnolencia o insomnio. Puede haber quejas de sueño fragmentado, incluidos despertares con disnea. Algunos sujetos están asintomáticos. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño puede coexistir con la respiración de Cheyne-Stokes y, por lo tanto, se pueden observar el ronquido y la terminación brusca de las apneas durante el sueño.

Prevalencia

La prevalencia de la apnea central del sueño idiopática es desconocida, pero se piensa que es rara. La prevalencia de la respiración de Cheyne-Stokes es alta en los sujetos con fracción de eyección ventricular disminuida. En los sujetos con una fracción de eyección menor del 45 % se ha notificado una prevalencia del 20 % o superior. La proporción hombre/mujer de la prevalencia está todavía más desviada hacia los hombres que en la apnea e hipopnea obstructiva del sueño. La prevalencia aumenta con la edad y la mayoría de los pacientes es mayor de 60 años. La respiración de Cheyne-Stokes ocurre en aproximadamente un 20 % de los sujetos con infarto cerebral. La apnea central del sueño que se asocia al consumo de opiáceos aparece en aproximadamente un 30 % de los sujetos que toma habitualmente opiáceos para el dolor no oncológico, y también aparece de modo similar en los sujetos que están en tratamiento de mantenimiento con metadona.

Desarrollo y curso

El comienzo de la respiración de Cheyne-Stokes parece estar ligado al desarrollo de una insuficiencia cardíaca. El patrón de la respiración de Cheyne-Stokes se asocia a oscilaciones de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la desaturación de oxígeno, y a un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático que puede favorecer la progresión de la insuficiencia cardíaca. La significación clínica de la respiración de Cheyne-Stokes en el contexto del infarto cerebral se desconoce, pero puede ser un hallazgo transitorio que se resuelva con el tiempo tras el infarto agudo. Se ha informado que la apnea central del sueño relacionada con el consumo de opiáceos se produce cuando existe un uso crónico de estos medicamentos (es decir, varios meses).

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. La respiración de Cheyne-Stokes se presenta con frecuencia en sujetos con insuficiencia cardíaca. La coexistencia de fibrilación auricular, además, aumenta el riesgo, así como la edad avanzada y el sexo masculino. La respiración de Cheyne-Stokes también se encuentra relacionada con el infarto cerebral agudo y, posiblemente, con la insuficiencia renal. La inestabilidad ventilatoria subyacente en el contexto de una insuficiencia cardíaca se ha atribuido al aumento de la sensibilidad química respiratoria y a la hiperventilación debida a la congestión vascular pulmonar y al retraso circulatorio. Se observa apnea central del sueño en los sujetos que toman opiáceos de duración prolongada.

Marcadores diagnósticos

Los hallazgos físicos que se ven en los sujetos con respiración de Cheyne-Stokes se relacionan con sus factores de riesgo. Pueden encontrarse signos congruentes con una insuficiencia cardíaca, como distensión de la vena yugular, ruido cardíaco S_3, crepitantes pulmonares y edema en las extremidades inferiores. Se utiliza la polisomnografía para caracterizar las características respiratorias de cada subtipo de trastorno del sueño relacionado con la respiración. Se registran apneas centrales del sueño cuando aparecen períodos de cese de la respiración superiores a 10 segundos. La respiración de Cheyne-Stokes se caracteriza por un patrón de variación periódica crescendo-decrescendo del volumen corriente que produce apneas centrales e hipopneas con una frecuencia de, al menos, cinco episodios por hora y que se acompañan de frecuentes despertares. La duración del ciclo de la respiración de Cheyne-Stokes (o el tiempo desde el final de una apnea central hasta el final de la siguiente apnea) es de alrededor de 60 segundos.

Consecuencias funcionales de la apnea central del sueño

Se ha descrito que la apnea central del sueño idiopática causa síntomas de sueño alterado, entre los que se encuentran el insomnio y la somnolencia. La respiración de Cheyne-Stokes con insuficiencia cardíaca comórbida se ha asociado con somnolencia excesiva, fatiga e insomnio, aunque muchos sujetos pueden encontrarse asintomáticos. La coexistencia de insuficiencia cardíaca y respiración de Cheyne-Stokes puede asociarse con un aumento de las arritmias cardíacas y de la mortalidad o los trasplantes cardíacos. Los sujetos con apnea central del sueño y consumo concomitante de opiáceos pueden presentar síntomas de somnolencia o insomnio.

Diagnóstico diferencial

La apnea central del sueño idiopática se debe distinguir de otros trastornos respiratorios relacionados con el sueño, de otros trastornos del sueño y de las afecciones médicas y los trastornos mentales que causan fragmentación del sueño, somnolencia y fatiga. Esto se realiza mediante la polisomnografía.

Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración y trastornos del sueño. La apnea central del sueño puede distinguirse de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño por la presencia de, al menos, cinco apneas centrales por hora de sueño. Ambos trastornos pueden coexistir, pero se considera que la apnea central del sueño es predominante cuando la tasa de acontecimientos respiratorios centrales frente a los obstructivos excede del 50 %.

La respiración de Cheyne-Stokes se puede distinguir de otros trastornos mentales, como otros trastornos del sueño, y de otras afecciones médicas que causan fragmentación del sueño, somnolencia y fatiga si se tiene en cuenta la presencia de una afección predisponente (p. ej., la insuficiencia cardíaca o el infarto cerebral) y de signos y datos polisomnográficos del patrón respiratorio característico. Los hallazgos respiratorios polisomnográficos pueden ayudar a distinguir la respiración de Cheyne-Stokes del insomnio debido a otras afecciones médicas. La respiración periódica de las grandes alturas tiene un patrón que se asemeja a la respiración de Cheyne-Stokes, pero tiene un tiempo de ciclo más corto, ocurre sólo a grandes alturas y no se asocia a insuficiencia cardíaca.

La apnea central del sueño con consumo concomitante de opiáceos puede diferenciarse de otros tipos de trastornos del sueño relacionados con la respiración si se tiene en cuenta el consumo de medicamentos opiáceos de duración prolongada junto a los datos polisomnográficos de apneas centrales o de respiración atáxica. Puede distinguirse del insomnio debido al consumo de drogas o de sustancias si se evidencia una polisomnografía de apnea central del sueño.

Comorbilidad

Los trastornos de apnea central del sueño se presentan con frecuencia en los consumidores de opiáceos de duración prolongada, como la metadona. Los sujetos que toman estos medicamentos tienen un trastorno respiratorio relacionado con el sueño que podría contribuir a las alteraciones de éste y a producir síntomas como la somnolencia, la confusión y la depresión. Mientras el sujeto está dormido se pueden observar patrones respiratorios como las apneas centrales, las apneas periódicas y la respiración atáxica. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño puede coexistir con la apnea central del sueño y también pueden observarse las características congruentes con este trastorno (véase "Apnea e hipopnea obstructiva del sueño" anteriormente en este capítulo). La respiración de Cheyne-Stokes se observa con mucha frecuencia asociada con afecciones como la insuficiencia cardíaca, el infarto cerebral y la insuficiencia renal, y se observa con frecuencia en los pacientes con fibrilación auricular. Los sujetos con respiración de Cheyne-Stokes suelen ser varones mayores y tener menor peso que los sujetos con apnea e hipopnea obstructiva del sueño.

Hipoventilación relacionada con el sueño

Criterios diagnósticos

A. La polisomnografía pone de manifiesto episodios de disminución de la respiración asociados a una elevación de la concentración de CO_2. (Nota: En ausencia de una medida objetiva del CO_2, la concentración baja persistente de la saturación de oxígeno en la hemoglobina no asociada a episodios apneicos/hipopneicos puede indicar la presencia de hipoventilación).
B. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno actual del sueño.

Especificar si:

327.24 (G47.34) Hipoventilación idiopática: Este subtipo no se puede atribuir a una afección rápidamente identificada.

327.25 (G47.35) Hipoventilación alveolar central congénita: Este subtipo es un raro trastorno congénito en el que típicamente el individuo presenta, en el período perinatal, respiración superficial, o cianosis y apnea durante el sueño.

327.26 (G47.36) Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño: Este subtipo se produce como consecuencia de una afección médica, como un trastorno pulmonar (p. ej., enfermedad pulmonar intersticial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) o un trastorno neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospoliomielitis, lesión de la médula espinal cervical, cifoescoliosis), o a causa de algún medicamento (p. ej., benzodiacepinas, opiáceos). También se produce en casos de obesidad (trastorno de hipoventilación por obesidad), en que refleja una combinación de un aumento del trabajo respiratorio debido a la disminución de la actividad de la pared y la incongruencia de la ventilación-perfusión y una reducción del impulso ventilatorio. Estos individuos suelen caracterizarse por tener un índice de masa corporal superior a 30 e hipercapnia durante la vigilia (con un valor de pCO_2 superior a 45), sin otros signos de hipoventilación.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica según el grado de hipoxemia e hipercapnia presente durante el sueño y los signos de alteración del órgano afectado debida a estas anomalías (p. ej., insuficiencia cardíaca derecha). La presencia de anomalías en la gasometría durante la vigilia es un indicador de mayor gravedad.

Subtipos

En relación con el trastorno de hipoventilación por obesidad, no se conoce la prevalencia de la hipoventilación por obesidad en la población general, pero se piensa que está aumentando en relación con la creciente prevalencia de la obesidad y de la obesidad extrema.

Características diagnósticas

La hipoventilación relacionada con el sueño puede producirse de forma independiente o, lo que es más frecuente, como comorbilidad ligada a trastornos médicos o neurológicos o a trastornos por consumo de medicamentos o sustancias. Aunque los síntomas no son obligatorios para hacer este diagnóstico, los individuos suelen referir con frecuencia somnolencia diurna excesiva, despertares frecuentes durante el sueño, dolores de cabeza matutinos y quejas de insomnio.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los sujetos con hipoventilación relacionada con el sueño pueden presentar quejas relacionadas con el sueño del tipo del insomnio o de la somnolencia. Pueden aparecer episodios de ortopnea en los sujetos con debilidad diafragmática. Pueden aparecer dolores de cabeza al despertar. Durante el sueño pueden observarse episodios de respiración superficial, y puede coexistir una apnea e hipopnea obstructiva o central del sueño. Pueden aparecer las consecuencias de la insuficiencia ventilatoria, entre las que están la hipertensión pulmonar, el *cor pulmonale* (insuficiencia cardíaca derecha), la policitemia y la disfunción

neurocognitiva. Al progresar la insuficiencia ventilatoria, las alteraciones de los gases sanguíneos se prolongan a la vigilia. Pueden aparecer las características de la afección médica que causa la hipoventilación relacionada con el sueño. Los episodios de hipoventilación pueden asociarse con despertares frecuentes o con bradi-taquicardia. Los sujetos pueden quejarse de somnolencia excesiva y de insomnio o de dolores de cabeza matinales, o pueden presentar signos de disfunción neurocognitiva o de depresión. Puede que no haya hipoventilación durante la vigilia.

Prevalencia

En los adultos, la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño es muy poco frecuente. La prevalencia de la hipoventilación alveolar central congénita se desconoce, pero el trastorno es raro. Es más frecuente la hipoventilación relacionada con el sueño que cursa de manera comórbida (es decir, la hipoventilación que es comórbida con otras enfermedades, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfermedades neuromusculares o la obesidad).

Desarrollo y curso

Se cree que la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño es un trastorno de deterioro respiratorio lentamente progresivo. Cuando este trastorno aparece de manera comórbida con otros trastornos (p. ej., la EPOC, los trastornos neuromusculares, la obesidad), la gravedad de la enfermedad refleja la gravedad del trastorno subyacente, y el trastorno progresa al empeorar la enfermedad. Al aumentar la gravedad de las alteraciones de los gases en sangre, pueden aparecer complicaciones como la hipertensión pulmonar, el *cor pulmonale*, las arritmias cardíacas, la policitemia, la disfunción neurocognitiva y un empeoramiento de la insuficiencia respiratoria.

La hipoventilación alveolar central congénita suele manifestarse al nacer por una respiración superficial, errática o ausente. Este trastorno también se puede manifestar durante la niñez, la infancia y la edad adulta a causa de la penetrancia variable de la mutación *PHOX2B*. Los niños con hipoventilación alveolar central congénita tienen más probabilidades de tener trastornos del sistema nervioso autónomo, enfermedad de Hirschsprung, tumores de la cresta neural y una cara característica con forma cuadrada (es decir, la cara es corta en relación con su anchura).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El impulso ventilatorio puede estar reducido en los sujetos que consumen depresores del sistema nervioso central, entre los que se encuentran las benzodiazepinas, los opiáceos y el alcohol.

Genéticos y fisiológicos. La hipoventilación idiopática relacionada con el sueño se asocia con una disminución del impulso ventilatorio debido a una respuesta química aplanada al CO_2 (disminución del impulso respiratorio; es decir, "no respira") que refleja déficits neurológicos subyacentes en los centros que gobiernan el control de la ventilación. Lo más frecuente es que la hipoventilación relacionada con el sueño sea comórbida con otra afección médica, como un trastorno pulmonar, un trastorno neuromuscular o de la caja torácica, o un hipotiroidismo, o con el consumo de medicamentos (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos). En estas afecciones, la hipoventilación puede ser consecuencia del trabajo respiratorio aumentado, del deterioro de la función de los músculos respiratorios (es decir, "no puede respirar") o de una disminución del impulso respiratorio ("no respira").

Los trastornos neuromusculares influyen sobre la respiración a través de un deterioro de la inervación motora respiratoria o de la función de los músculos respiratorios. Entre otras enfermedades se incluyen la esclerosis lateral amiotrófica, la lesión de la médula espinal, la parálisis diafragmática, la miastenia *gravis*, el síndrome de Lambert-Eaton, las miopatías tóxicas o metabólicas, el síndrome pospolio y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

La hipoventilación alveolar central congénita es un trastorno genético atribuible a las mutaciones de *PHOX2B*, un gen crucial para el desarrollo del sistema nervioso autónomo embrionario y de los derivados de la cresta neural. Los niños con hipoventilación alveolar central congénita presentan respuestas ventilatorias aplanadas a la hipercapnia, especialmente durante el sueño no REM.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La distribución por sexos de la hipoventilación relacionada con el sueño que se presenta asociada a afecciones comórbidas sigue el mismo patrón de distribución por sexos que dichas afecciones comórbidas. Por ejemplo, la EPOC se presenta con más frecuencia en los hombres y a edades avanzadas.

Marcadores diagnósticos

La hipoventilación relacionada con el sueño se diagnostica usando la polisomnografía, que muestra hipoxemia e hipercapnia relacionadas con el sueño y que no se explican mejor por otro trastorno del sueño relacionado con la respiración. El patrón de referencia para el diagnóstico es la presentación de niveles arteriales de pCO_2 por encima de 55 mm Hg durante el sueño o un aumento de 10 mm Hg o superior en los niveles de pCO_2 (hasta un nivel que también excede los 50 mm Hg) durante el sueño en comparación con los valores de la vigilia en posición supina, durante 10 minutos o más. Sin embargo, no resulta práctico obtener las determinaciones de los gases de sangre arterial durante el sueño, y tampoco se han validado adecuadamente durante el sueño las medidas no invasivas del por lo queno se usan de un modo generalizado durante la polisomnografía en los adultos. Los descensos prolongados y mantenidos de la saturación de oxígeno (saturación de oxígeno menor del 90 % durante más de 5 minutos con un valor inferior de al menos el 85 % o una saturación de oxígeno menor del 90 % durante al menos un 30 % del tiempo de sueño), en ausencia de obstrucción de las vías respiratorias superiores, se suelen utilizar como indicio de la hipoventilación relacionada con el sueño; sin embargo, este hallazgo no es específico, ya que hay otras causas potenciales de hipoxemia, como las debidas a una enfermedad pulmonar.

Consecuencias funcionales de la hipoventilación relacionada con el sueño

Las consecuencias de la hipoventilación relacionada con el sueño se relacionan con los efectos de la exposición crónica a la hipercapnia y a la hipoxemia. Estos desarreglos de los gases sanguíneos causan vasoconstricción de la vasculatura pulmonar, lo que origina una hipertensión pulmonar que, si fuera grave, podría ocasionar una insuficiencia cardíaca derecha (*cor pulmonale*). La hipoxemia puede producir disfunción de órganos como el cerebro, la sangre y el corazón, lo que da lugar a disfunción cognitiva, policitemia y arritmias cardíacas. La hipercapnia puede deprimir el impulso ventilatorio y conducir a una insuficiencia respiratoria progresiva.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas que afectan a la ventilación. En los adultos, la variedad idiopática de la hipoventilación relacionada con el sueño es muy infrecuente y se determina al excluir la presencia de enfermedades pulmonares, malformaciones esqueléticas, trastornos neuromusculares y otros trastornos médicos y neurológicos, o de medicamentos que afecten a la ventilación. La hipoventilación relacionada con el sueño se debería distinguir de otras causas de hipoxemia relacionada con el sueño, como las debidas a una enfermedad pulmonar.

Otros trastornos del sueño relacionados con la respiración. La hipoventilación relacionada con el sueño puede distinguirse de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño y de la apnea central del sueño por sus características clínicas y por los hallazgos de la polisomnografía. La hipoventilación relacionada con el sueño muestra típicamente más períodos mantenidos de desaturación de oxígeno que los episodios periódicos que se ven en la apnea e hipopnea obstructiva del sueño y en la apnea central del sueño. La apnea e hipopnea obstructiva del sueño y la apnea central del sueño también muestran un patrón de episodios separados de disminución repetida del flujo aéreo que puede estar ausente en la hipoventilación relacionada con el sueño.

Comorbilidad

La hipoventilación relacionada con el sueño sucede a menudo en asociación con una enfermedad pulmonar (p. ej., una neumopatía intersticial, la EPOC), con una enfermedad neuromuscular o de la pared torácica (p. ej., distrofias musculares, síndrome pospolio, lesión de la médula espinal cervical, obesidad, cifoes-

coliosis) o, lo que es más relevante para los profesionales de la salud mental, con el uso de medicamentos (p. ej., las benzodiazepinas, los opiáceos). La hipoventilación alveolar central congénita se asocia a menudo con disfunción autonómica y puede aparecer asociada a la enfermedad de Hirschsprung. La EPOC, un trastorno obstructivo de las vías respiratorias inferiores normalmente asociado con el tabaco, puede producir hipoventilación relacionada con el sueño e hipoxemia. Se cree que la presencia de una apnea e hipopnea obstructiva del sueño comórbida exacerbaría la hipoxemia y la hipercapnia durante el sueño y la vigilia. La relación entre la hipoventilación alveolar central congénita y la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño no está clara; en algunos sujetos, la hipoventilación idiopática relacionada con el sueño podría ser una hipoventilación alveolar central congénita de comienzo tardío.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) combina la hipoventilación relacionada con el sueño y la hipoxemia relacionada con el sueño bajo la categoría de síndromes de hipoventilación/hipoxemia relacionados con el sueño. Este enfoque de la clasificación refleja la concurrencia frecuente de los trastornos que conducen a hipoventilación e hipoxemia. En contraste, la clasificación que se usa en el DSM-5 refleja la evidencia de que hay procesos patogénicos distintos relacionados con el sueño que conducen a la hipoventilación.

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia

Criterios diagnósticos

A. Patrón continuo o recurrente de interrupción del sueño que se debe principalmente a una alteración del sistema circadiano o a un alineamiento defectuoso entre el ritmo circadiano endógeno y la sincronización sueño-vigilia necesarios según el entorno físico del individuo o el horario social o profesional del mismo.
B. La interrupción del sueño produce somnolencia excesiva o insomnio, o ambos.
C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: En la CIE-9-MC, el código es **307.45** para todos los subtipos. En la CIE-10-MC, el código depende del subtipo.

Especificar si:

307.45 (G47.21) Tipo de fases de sueño retrasadas: Patrón con retraso de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para dormirse y despertarse a una hora más temprana deseada o convencionalmente aceptable.

Especificar si:

Familiar: Antecedentes familiares de fase de sueño retrasada.

Especificar si:

Superposición a un tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas: El tipo de fases de sueño retrasadas se puede superponer a otro trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, el tipo hipernictameral (no ajustado a las 24 horas).

307.45 (G47.22) Tipo de fases de sueño avanzadas: Patrón con avance de los tiempos de inicio del sueño y de despertar, con incapacidad para continuar despierto o dormido hasta una hora más tardía deseada o convencionalmente aceptable.

Especificar si:

Familiar: Antecedentes familiares de fase de sueño avanzada.

307.45 (G47.23) Tipo de sueño-vigilia irregular: Patrón de sueño-vigilia temporalmente desorganizado, de manera que el ritmo de los períodos de sueño y de vigilia es variable a lo largo de las 24 horas.

307.45 (G47.24) Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas: Patrón de ciclos de sueño-vigilia que no se sincroniza con el entorno de 24 horas, con un cambio diario constante (generalmente a horas cada vez más avanzadas) de la hora de inicio del sueño y de despertar.
307.45 (G47.26) Tipo asociado a turnos laborales: Insomnio durante el período principal del sueño y/o somnolencia excesiva (incluido sueño inadvertido) durante el período principal de vigilia asociado al horario de trabajo por turnos (es decir, que requieren horas de trabajo no convencionales).
307.45 (G47.20) Tipo no especificado

Especificar si:
Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.
Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.
Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Tipo de fase de sueño retrasada

Características diagnósticas

El tipo de fase de sueño retrasada se basa principalmente en una historia de retraso en el horario del período principal de sueño (normalmente más de dos horas) en relación con el horario deseado para dormirse y despertarse, lo que ocasiona síntomas de insomnio y de somnolencia excesiva. Cuando pueden establecer su propio horario, las personas con tipo de fase de sueño retrasada presentan una calidad y una duración de sueño normales para su edad. Son prominentes los síntomas de insomnio al comienzo del sueño, la dificultad para despertarse por la mañana y la somnolencia excesiva al comienzo del día.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características comunes que se asocian al tipo de fase de sueño retrasada son los antecedentes de trastornos mentales y la presencia de un trastorno mental concurrente. También es frecuente la dificultad extrema y prolongada para despertar, con confusión matutina. Puede desarrollarse un insomnio psicofisiológico como consecuencia de las conductas desadaptativas que deterioran el sueño e incrementan la activación al intentar en repetidas ocasiones quedarse dormidos a una hora temprana.

Prevalencia

La prevalencia del tipo de fase de sueño retrasada entre la población general es de aproximadamente un 0,17 %, pero parece ser mayor del 7 % entre los adolescentes. Aunque no se ha establecido la prevalencia familiar del tipo de fase de sueño retrasada, los sujetos con este tipo de fase de sueño retrasada presentan antecedentes familiares de esta alteración.

Desarrollo y curso

El curso es persistente, dura más de 3 meses y existen exacerbaciones intermitentes en la edad adulta. Aunque la edad de inicio es variable, los síntomas comienzan típicamente en la adolescencia y en la edad adulta temprana, y persisten desde varios meses hasta años antes de que se establezca el diagnóstico. La gravedad puede disminuir con la edad. Es frecuente la recaída de los síntomas.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida dependiendo de las obligaciones sociales, escolares y laborales. Un cambio de horario escolar o laboral que requiera levantarse antes suele desencadenar un empeoramiento. Los sujetos que pueden alterar sus horarios laborales para adecuarlos a su retraso del ritmo circadiano de sueño-vigilia pueden presentar una remisión de los síntomas.

El aumento de la prevalencia en los adolescentes puede ser una consecuencia de factores tanto fisiológicos como conductuales. Pueden estar implicados específicamente los cambios hormonales, ya que la fase de sueño retrasada se asocia con el inicio de la pubertad. Por tanto, en este grupo de edad se debería diferenciar el tipo de fase de sueño retrasada de los adolescentes del retraso habitual en el horario de los ritmos circadianos. En la forma familiar, el curso es persistente y puede no mejorar significativamente con la edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Los factores predisponentes pueden incluir un período circadiano más largo que el promedio, cambios en la sensibilidad a la luz y alteraciones del impulso homeostático a dormir. Algunos sujetos con tipo de fase de sueño retrasada pueden tener hipersensibilidad a la luz de la tarde, lo que puede servir como señal del retraso del reloj circadiano, o pueden ser hiposensibles a la luz de la mañana, de modo que se reducen sus efectos de avance de fase. Los factores genéticos pueden jugar un papel en la patogenia de las formas familiares y esporádicas del tipo de fase de sueño retrasada, entre ellos las mutaciones de los genes circadianos (p. ej., *PER3*, *CKIe*).

Marcadores diagnósticos

La confirmación del diagnóstico se basa en una historia completa y en el uso de un diario de sueño o un actígrafo (es decir, un detector de movimiento que se lleva en la muñeca, registra la actividad motora durante períodos largos y puede usarse como indicador de los patrones de sueño-vigilia durante al menos 7 días). El período debería incluir los fines de semana, cuando las obligaciones sociales y laborales son menos estrictas, para asegurarse de que el sujeto presente un patrón uniforme de sueño-vigilia retrasado. Los biomarcadores, como la aparición de melatonina en la saliva con luz tenue, sólo deben analizarse cuando el diagnóstico no está claro.

Consecuencias funcionales del tipo de fase de sueño retrasada

Es marcada la somnolencia excesiva al comienzo del día. También es frecuente la dificultad extrema y prolongada para despertarse, con confusión matinal (es decir, inercia del sueño). La gravedad del insomnio y de los síntomas de somnolencia excesiva varía sustancialmente en los distintos sujetos y depende en gran medida de las demandas laborales y sociales del individuo.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del sueño. El tipo de fase de sueño retrasada se debe distinguir de los patrones de sueño "normal" de las personas con horarios tardíos, que no causa malestar personal, social ni laboral (se ve con más frecuencia en los adolescentes y los adultos jóvenes).

Otros trastornos del sueño. En el diagnóstico diferencial se deberían incluir el trastorno de insomnio y otros trastornos del ritmo circadiano del ciclo sueño-vigilia. La somnolencia excesiva puede estar causada por otras alteraciones del sueño, como los trastornos del sueño relacionados con la respiración, el insomnio, los trastornos de movimientos relacionados con el sueño y los trastornos médicos, neurológicos y mentales. La polisomnografía nocturna puede ayudar a valorar los otros trastornos del sueño comórbidos, como la apnea del sueño. La naturaleza circadiana del tipo de fase de sueño retrasada debería diferenciarla, no obstante, de los otros trastornos con síntomas similares.

Comorbilidad

El tipo de fase de sueño retrasada se asocia estrechamente con la depresión, el trastorno de personalidad y el trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por la enfermedad. Además, los trastornos del sueño comórbidos, como el trastorno de insomnio, el síndrome de las piernas inquietas y la apnea del sueño, así como los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad, pueden empeorar los síntomas de insomnio y de somnolencia excesiva. El tipo de fase de sueño retrasada puede superponerse con otro trastorno del ritmo circadiano del ciclo sueño-vigilia, del tipo del sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas. Los sujetos videntes con trastorno del tipo del sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas tienen también con frecuencia antecedentes de retraso de la fase circadiana del sueño.

Tipo de fases de sueño avanzadas

Especificadores

El tipo de fases de sueño avanzadas puede documentarse con el especificador "familiar". Aunque no se ha establecido la prevalencia del tipo de fases de sueño avanzadas, suele haber una historia familiar de fases de sueño avanzadas en los sujetos con este tipo de alteración.

En este tipo, las mutaciones específicas muestran un modo de herencia autosómica dominante. En la forma familiar, el comienzo de los síntomas puede suceder antes (durante la infancia y en la edad adulta temprana), el curso es persistente y la gravedad de los síntomas puede aumentar con la edad.

Características diagnósticas

El tipo de fases de sueño avanzadas se caracteriza por unos tiempos de sueño-vigilia que van varias horas adelantados respecto a lo deseado o respecto a los tiempos convencionales. El diagnóstico se basa principalmente en los antecedentes de avance del horario del período principal de sueño (normalmente más de 2 horas) en relación con el tiempo deseado para dormir y para levantarse, con síntomas de despertar precoz y de somnolencia diurna excesiva. Cuando pueden establecer su propio horario, los sujetos con tipo de fases de sueño avanzadas presentan una calidad y duración del sueño normales para su edad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los sujetos con tipo de fases de sueño avanzadas son "matinales", ya que se levantan a una hora más temprana y tienen los horarios de los biomarcadores circadianos, como la melatonina y los ritmos de temperatura corporal, adelantados 2-4 horas respecto a lo normal. Cuando tienen que seguir un horario convencional, con un retraso en el momento de irse a la cama, estos sujetos seguirán teniendo una hora de levantarse temprana, lo que les lleva a padecer privación del sueño persistente y somnolencia diurna. El uso de hipnóticos o de alcohol para combatir el insomnio de mantenimiento y de estimulantes para reducir la somnolencia diurna puede conducir a estos sujetos al abuso de sustancias.

Prevalencia

La prevalencia estimada del tipo de fases de sueño avanzadas es aproximadamente del 1 % en los adultos de mediana edad. En los sujetos ancianos, los tiempos de dormir-despertar y la fase circadiana están avanzados, y probablemente esto supone un aumento de la prevalencia en esta población.

Desarrollo y curso

El comienzo es generalmente en la edad adulta tardía. En la forma familiar, el comienzo puede ser anterior. El curso es típicamente persistente y dura más de 3 meses, pero la gravedad puede aumentar dependiendo de los horarios de trabajo y sociales. El tipo de fases de sueño avanzadas es más frecuente en los adultos mayores.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida dependiendo de las obligaciones sociales, escolares y laborales. Los sujetos que pueden alterar sus horarios laborales para adecuarlos con su adelanto del ritmo circadiano de sueño-vigilia pueden presentar una remisión de los síntomas. La edad avanzada tiende a adelantar las fases del sueño; sin embargo, no está claro si el tipo de fases de sueño avanzadas, que comúnmente se asocia con la edad, se debe únicamente a los cambios en el horario circadiano (como se ve en la forma familiar) o también a los que se producen en la regulación homeostática del sueño al envejecer, lo que ocasiona despertares más tempranos. La gravedad, la remisión y la recaída de los síntomas sugieren incumplimiento de los tratamientos conductuales y ambientales diseñados para controlar la estructura del sueño y la vigilia, y la exposición a la luz.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La disminución de la exposición a la luz al final del mediodía/comienzo de la tarde y la exposición a la luz de primera hora de la mañana debido a un despertar prematuro pueden aumentar el riesgo de presentar el tipo de fases de sueño avanzadas por avance de los ritmos circadianos. Al irse pronto a la cama, estos sujetos no se exponen a la luz en la zona de la curva correspondiente al retraso de fase, lo que ocasiona un mantenimiento de la fase avanzada. En el tipo de fases de sueño avanzadas familiar, un acortamiento del período circadiano endógeno puede ocasionar una fase de sueño avanzada, aunque el período circadiano no parece disminuir sistemáticamente con la edad.

Genéticos y fisiológicos. El tipo de fases de sueño avanzadas ha demostrado tener un modo de herencia autosómica dominante, incluidas una mutación del gen *PER2*, que causa hiperfosforilación de la proteína PER2, y una mutación sin sentido en *CKI*.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los norteamericanos de raza negra pueden tener un período circadiano más corto y avances de fase a la luz mayores que los caucásicos, lo que posiblemente aumente el riesgo de aparición del tipo de fases de sueño avanzadas en esta población.

Marcadores diagnósticos

Se pueden utilizar los diarios de sueño y la actigrafía como marcadores diagnósticos, como se ha descrito antes en el tipo de fases de sueño retrasadas.

Consecuencias funcionales del tipo de fases de sueño avanzadas

La somnolencia excesiva que se asocia con las fases de sueño avanzadas puede tener un efecto negativo en el rendimiento cognitivo, en la interacción social y en la seguridad. El uso de sustancias que faciliten el estado de vigilia para combatir la somnolencia o de sedantes para el despertar precoz puede aumentar potencialmente el abuso de estas sustancias.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos del sueño. Habría que considerar los factores conductuales, como los horarios de sueño irregulares, el despertar temprano voluntario y la exposición a la luz temprano por la mañana, especialmente en los adultos mayores. Habría que prestar una atención especial para descartar otros trastornos del sueño-vigilia, como el trastorno de insomnio, y otros trastornos mentales y afecciones médicas que pueden causar un despertar temprano.

Trastornos bipolar y depresivo. Como el despertar precoz, la fatiga y la somnolencia son rasgos principales del trastorno depresivo mayor, habría que considerar los trastornos depresivos y los bipolares en el diagnóstico diferencial.

Comorbilidad

Pueden coexistir con el tipo de fases de sueño avanzadas las afecciones médicas y los trastornos mentales que cursan con el síntoma del despertar precoz, como el insomnio.

Tipo de sueño-vigilia irregular

Características diagnósticas

El diagnóstico del tipo de sueño-vigilia irregular se basa principalmente en los antecedentes de síntomas de insomnio por la noche (durante el período normal del sueño) y de somnolencia excesiva (siestas) durante el día. El tipo de sueño-vigilia irregular se caracteriza por la ausencia de un ritmo

circadiano sueño-vigilia reconocible. No hay un período principal de sueño y el sueño está fragmentado en, al menos, tres períodos a lo largo de las 24 horas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los sujetos con tipo de sueño-vigilia irregular presentan típicamente insomnio o somnolencia excesiva, dependiendo de la hora del día. Los períodos de sueño y vigilia a lo largo de las 24 horas están fragmentados, aunque el período de sueño más largo tiende a suceder entre las 2 am y las 6 am, y es normalmente inferior a 4 horas. Puede asociarse al trastorno una historia de aislamiento o reclusión que contribuya a los síntomas por la falta de estímulos externos que ayuden a modificar el patrón normal. Los sujetos o sus cuidadores refieren siestas frecuentes a lo largo del día. El tipo sueño-vigilia irregular se asocia frecuentemente con trastornos neurodegenerativos, como el trastorno neurocognitivo mayor, y con muchos trastornos del neurodesarrollo en los niños.

Prevalencia

Se desconoce la prevalencia del tipo sueño-vigilia irregular en la población general.

Desarrollo y curso

El curso del tipo sueño-vigilia irregular es persistente. La edad de inicio es variable, pero el trastorno es más frecuente en los adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los trastornos neurodegenerativos, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y los trastornos del neurodesarrollo en los niños, aumentan el riesgo del tipo sueño-vigilia irregular.

Ambientales. La disminución de la exposición a luz ambiental y de una actividad estructurada durante el día puede asociarse a una menor amplitud del ritmo circadiano. Los sujetos hospitalizados son especialmente propensos a recibir esos estímulos externos débiles, e incluso fuera del hospital, las personas con trastorno neurocognitivo mayor (es decir, demencia) se exponen significativamente menos a la luz brillante.

Marcadores diagnósticos

La historia de sueño detallada y el uso de un diario de sueño (por un cuidador) o la actigrafía ayudan a confirmar el patrón sueño-vigilia irregular.

Consecuencias funcionales del tipo de sueño-vigilia irregular

La ausencia de un período principal, claramente discernible, de sueño y de vigilia en el tipo de sueño-vigilia irregular ocasiona insomnio o somnolencia excesiva, dependiendo de la hora del día. A menudo también se produce la interrupción del sueño del cuidador, hecho que debe tenerse en cuenta.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales del sueño. El tipo sueño-vigilia irregular se debería distinguir de los horarios voluntarios irregulares respecto al ciclo sueño-vigilia y de la mala higiene del sueño, que pueden producir insomnio y somnolencia excesiva.

Otras afecciones médicas y trastornos mentales. Habría que considerar otras causas de insomnio y de somnolencia diurna, entre las que están las afecciones médicas comórbidas y los trastornos mentales o la medicación.

Comorbilidad

El tipo sueño-vigilia irregular suele ser comórbido con los trastornos neurodegenerativos y del neurodesarrollo, como el trastorno neurocognitivo mayor, la discapacidad intelectual (trastorno de desarrollo intelectual) y el daño cerebral traumático. También es comórbido con otras afecciones médicas y otros trastornos mentales en los que haya aislamiento social o falta de luz y actividades estructuradas.

Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas

Características diagnósticas

El diagnóstico del tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas se basa principalmente en una historia de síntomas de insomnio o de somnolencia excesiva relacionados con la sincronización anormal entre el ciclo luz-oscuridad de 24 horas y el ritmo circadiano endógeno. Los sujetos presentan típicamente períodos de insomnio, somnolencia excesiva o ambos, que se alternan con períodos breves asintomáticos. La latencia del sueño se incrementa progresivamente, comenzando en el período asintomático, cuando la fase de sueño del sujeto está alineada con el ambiente externo, y el sujeto presentará insomnio de comienzo del sueño. Al seguir desviándose la fase del sueño, de modo que el tiempo de sueño se produzca durante el día, el sujeto tendrá problemas para permanecer despierto durante el día y se quejará de somnolencia. Como el período circadiano no está alineado con el entorno exterior de 24 horas, los síntomas dependerán de cuándo intente dormir el sujeto en relación con la propensión al sueño del ritmo circadiano.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas es más frecuente entre los invidentes y las personas con alteraciones de la visión, ya que tienen menos percepción lumínica. En los sujetos videntes con el tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas también existe un aumento de la duración del sueño.

Prevalencia

La prevalencia del tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas en la población general no está clara, aunque el trastorno raramente aparece en los sujetos videntes. La prevalencia en los sujetos invidentes se estima en el 50 %.

Desarrollo y curso

El curso del tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas es persistente, con remisiones y exacerbaciones intermitentes debido a los cambios de los horarios laborales y sociales a lo largo de la vida. La edad de inicio es variable, dependiendo del comienzo de la alteración de la visión. En los sujetos videntes, por el solapamiento con el tipo de fases de sueño retrasadas, el tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas puede desarrollarse en la adolescencia o en la edad adulta temprana. La remisión y la recaída de los síntomas en los invidentes y los videntes depende enormemente de la observancia de los tratamientos diseñados para controlar la estructura del sueño-vigilia y la exposición a la luz.

La expresión clínica puede variar a lo largo de la vida dependiendo de las obligaciones sociales, escolares y laborales. En los adolescentes y los adultos, los horarios irregulares de sueño-vigilia y la exposición a la luz o la ausencia de luz en los momentos críticos del día pueden empeorar los efectos de la pérdida de sueño y alterar los ritmos circadianos. En consecuencia, pueden empeorar los síntomas de insomnio, la somnolencia diurna y el funcionamiento escolar, profesional e interpersonal.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. En los sujetos videntes, la disminución de la exposición o la sensibilidad a la luz y la actividad social y física puede contribuir a un ritmo circadiano desfasado. Una elevada frecuencia de

trastornos mentales implicaría aislamiento social y casos del tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas que se desarrollan tras un cambio en los hábitos del sueño (p. ej., turnos de trabajo nocturnos, pérdida de empleo), por lo que los factores conductuales, junto con la tendencia fisiológica, podrían desencadenar y perpetuar el trastorno en los sujetos videntes. Los pacientes hospitalizados con trastornos neurológicos y psiquiátricos pueden volverse insensibles al entorno social, predisponiéndose al desarrollo de un tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas.

Genéticos y fisiológicos. La ceguera es un factor de riesgo para el tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas. Se ha asociado el tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas con la lesión cerebral traumática.

Marcadores diagnósticos

El diagnóstico se confirma por la historia y por el uso de un diario de sueño o un actígrafo durante un período prolongado. La medición secuencial de los marcadores de fase (es decir, la melatonina) puede ayudar a determinar la fase circadiana tanto en los sujetos videntes como en los invidentes.

Consecuencias funcionales del tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas

Son importantes los síntomas de insomnio (en el inicio y el mantenimiento del sueño), la somnolencia excesiva o ambos. La imprevisibilidad de los tiempos de sueño y de vigilia (es típica la deriva diaria del retraso) impide asistir al colegio o mantener un trabajo estable, y puede aumentar el riesgo de aislamiento social.

Diagnóstico diferencial

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia. En los sujetos videntes, el tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas debería diferenciarse del tipo de fases de sueño retrasadas, ya que los sujetos con el tipo de fases de sueño retrasadas pueden, de modo similar, presentar un retraso progresivo en el período de sueño durante varios días.

Trastornos depresivos. Los síntomas depresivos y los trastornos depresivos pueden producir, de modo similar, falta de regulación circadiana y síntomas.

Comorbilidad

La ceguera y el tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas suelen ser comórbidos, así como los trastornos depresivos y bipolares con aislamiento social.

Tipo asociado a turnos laborales

Características diagnósticas

El diagnóstico se basa principalmente en la presencia de antecedentes laborales fuera del horario diario normal de 8:00 am a 6:00 pm (especialmente por las noches) de forma habitual (es decir, sin contar las horas extraordinarias). Son importantes los síntomas persistentes de somnolencia excesiva en el trabajo y de sueño alterado en casa. Normalmente se requiere la presencia de ambos tipos de síntomas para el diagnóstico del tipo asociado a turnos laborales. Los síntomas desaparecen típicamente cuando el sujeto vuelve a una rutina laboral diaria. Aunque la etiología es ligeramente diferente, los sujetos que viajan a distintas zonas horarias con mucha frecuencia pueden presentar efectos similares a los que presentan los sujetos con el tipo asociado a turnos laborales que trabajan con turnos rotatorios.

Prevalencia

La prevalencia del tipo asociado a turnos laborales no está clara, pero se estima que el trastorno afecta a un 5-10 % de la población que trabaja de noche (16-20 % de los trabajadores). La prevalencia aumenta al entrar en las edades medias o avanzadas (Drake *et al.*, 2004).

Desarrollo y curso

El tipo asociado a turnos laborales puede aparecer en sujetos de cualquier edad, pero es más prevalente en los sujetos mayores de 50 años y típicamente empeora con el paso del tiempo si persisten las horas de trabajo perturbadoras. Aunque los adultos mayores pueden presentar unas tasas de adaptación de la fase circadiana a los cambios de rutina similares a las de los adultos más jóvenes, parecen presentar significativamente más alteración del sueño como consecuencia del desplazamiento de la fase circadiana.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Entre los factores predisponentes se encuentra la predisposición a ser "matinal", la necesidad de una mayor duración del sueño (es decir, más de 8 horas) para sentirse bien descansado y las necesidades sociales y domésticas importantes (p. ej., los padres de niños pequeños). Los sujetos que pueden comprometerse con un estilo de vida nocturno, con pocas demandas diurnas, parecen tener menos riesgo de presentar el tipo asociado a turnos laborales.

Genéticos y fisiológicos. Como los trabajadores a turnos tienen más probabilidad que los trabajadores de día a ser obesos, se podría presentar una apnea obstructiva del sueño y empeorar los síntomas.

Marcadores diagnósticos

Pueden ser útiles para el diagnóstico la historia y el diario de sueño o la actigrafía, como se ha comentado antes en el tipo de fases de sueño retrasadas.

Consecuencias funcionales del tipo asociado a turnos laborales

Los sujetos con tipo asociado a turnos laborales no sólo tienen peores rendimientos en el trabajo, sino que además parecen tener más riesgo de tener accidentes tanto laborales como de tráfico al conducir hacia sus casas. También pueden tener más riesgo de tener una mala salud mental (p. ej., un trastorno por consumo de alcohol, un trastorno por consumo de sustancias, depresión) y física (p. ej., trastornos gastrointestinales, enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer). Los sujetos con historia de trastorno bipolar son especialmente vulnerables a los episodios de manía relacionados con el tipo asociado a turnos laborales, como consecuencia de la pérdida de varias noches de sueño. El tipo asociado a turnos laborales se relaciona con frecuencia con problemas interpersonales.

Diagnóstico diferencial

Variaciones normales en el sueño con turnos laborales. El diagnóstico de tipo asociado a turnos laborales, en contraposición a las dificultades "normales" del trabajo a turnos, depende hasta cierto punto de la gravedad de los síntomas y/o del nivel de malestar que presenta el sujeto. La presencia de síntomas del tipo asociado a turnos laborales, incluso cuando el sujeto es capaz de vivir al mismo tiempo con una rutina orientada hacia el día durante varias semanas, puede sugerir la presencia de otros trastornos del sueño, como la apnea del sueño, el insomnio y la narcolepsia, que se deberían descartar.

Comorbilidad

El tipo asociado a turnos laborales se ha relacionado con un aumento del trastorno por consumo de alcohol, de los trastornos por consumo de otras sustancias y de la depresión. Se han encontrado varios trastornos físicos (p. ej., los trastornos gastrointestinales, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer) relacionados con la exposición prolongada a turnos laborales.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) diferencia nueve trastornos del sueño del ritmo circadiano, incluido el tipo *jet lag.*

Parasomnias

Las parasomnias son trastornos que se caracterizan por acontemientos conductuales, experienciales o fisiológicos anormales que se asocian con el sueño, con fases específicas del sueño o con la transición sueño-vigilia. Las parasomnias más frecuentes –los trastornos del despertar del sueño no REM y el trastorno del comportamiento del sueño REM– representan mezclas de vigilia y sueño no REM y de vigilia y sueño REM, respectivamente. Estos trastornos sirven como un recordatorio de que el sueño y la vigilia no son mutuamente excluyentes y de que el sueño no es necesariamente un fenómeno global de todo el cerebro.

Trastornos del despertar del sueño no REM

Criterios diagnósticos

A. Episodios recurrentes de despertar incompleto del sueño, que generalmente se producen durante el primer tercio del período principal del sueño, y que van acompañados de una u otra de las siguientes características:

1. **Sonambulismo:** Episodios repetidos en los que el individuo se levanta de la cama y camina durante el sueño. Durante el episodio de sonambulismo, el individuo tiene la mirada fija y en blanco; es relativamente insensible a los esfuerzos de otras personas para comunicarse con él y sólo se puede despertar con mucha dificultad.
2. **Terrores nocturnos:** Episodios recurrentes de despertar brusco con terror, que generalmente comienzan con gritos de pánico. Durante cada episodio, existe un miedo intenso y signos de alerta autónoma, como midriasis, taquicardia, taquipnea y sudoración. Existe insensibilidad relativa a los esfuerzos de otras personas para consolar al individuo durante los episodios.

B. No se recuerdan los sueños o el recuerdo es mínimo (p. ej., solamente una única escena visual).
C. La amnesia de los episodios está presente.
D. Los episodios causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
F. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios de sonambulismo o de terrores nocturnos.

Nota de codificación: En la CIE-9-MC, el código es **307.46** para todos los subtipos. En la CIE-10-MC, el código depende del subtipo.

Especificar si:

307.46 (F51.3) Tipo con sonambulismo

Especificar si:

Con ingestión de alimentos relacionada con el sueño
Con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia)

307.46 (F51.4) Tipo con terrores nocturnos

<= Ir a la Clasificación

Características diagnósticas

La característica esencial de los trastornos del despertar del sueño no REM es la presencia repetida de despertares incompletos que generalmente se inician durante el primer tercio del período principal del sueño (Criterio A) y que típicamente son breves y duran 1-10 minutos, pero pueden alargarse y durar hasta una hora. La duración máxima de un episodio se desconoce. Los ojos están normalmente abiertos durante los episodios. Muchos sujetos presentan ambos tipos de despertares en distintas ocasiones, lo que subraya la fisiopatología unitaria subyacente. Los subtipos reflejan varios grados de presentación simultánea de vigilia y sueño no REM, lo que ocasiona conductas complejas durante el sueño con varios grados de consciencia, actividad motora y activación autonómica.

La característica esencial del sonambulismo es la presencia de episodios repetidos de conducta motora compleja que se inician durante el sueño, entre las que están levantarse de la cama y caminar (Criterio A1). Los episodios de sonambulismo comienzan durante cualquier estadio del sueño no REM, con más frecuencia durante el sueño de ondas lentas, y por tanto ocurren con más frecuencia durante el primer tercio de la noche. Durante los episodios, el sujeto tiene menor estado de alerta y de comunicación, tiene la mirada en blanco y falta de comunicación relativa con las otras personas o insensibilidad a los esfuerzos de éstas para despertarle. Si se le despierta durante el episodio (o al despertarse la mañana siguiente), el sujeto apenas se acuerda. Tras el episodio puede haber inicialmente un breve período de confusión o de dificultad para orientarse, seguido de una recuperación completa de la función cognitiva y de la conducta normal.

La característica esencial de los terrores nocturnos es la presencia repetida de despertares bruscos y que comienza normalmente con un grito de pánico o llanto (Criterio A2). Los terrores nocturnos suelen iniciarse durante el primer tercio del episodio de sueño principal y duran 1-10 minutos, pero pueden durar considerablemente más tiempo, especialmente en los niños. Los episodios se acompañan de una activación autonómica impresionante y por manifestaciones conductuales de miedo intenso. Durante el episodio, es difícil despertar o consolar al sujeto. Si el sujeto se despierta después del terror nocturno, recuerda poco o nada sobre el sueño, o sólo fragmentos o imágenes simples. Durante un episodio típico de terrores nocturnos, el sujeto se sienta súbitamente en la cama gritando o llorando, con una expresión aterrorizada y signos autonómicos de ansiedad intensa (p. ej., taquicardia, respiración rápida, sudoración, dilatación de pupilas). El sujeto puede ser inconsolable y no responde normalmente a los esfuerzos de otras personas por despertarle o consolarle. Los terrones nocturnos también se denominan "terrores de la noche" o "pavor nocturno".

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los episodios de sonambulismo pueden incluir una amplia variedad de conductas. Los episodios pueden comenzar con confusión: el sujeto puede simplemente sentarse en la cama, mirar alrededor o taparse con la manta o la sábana. Esta conducta se va haciendo progresivamente compleja. El sujeto puede de hecho dejar la cama y meterse en el armario o salir fuera de la habitación e incluso fuera del edificio. Los sujetos pueden usar el baño, comer, hablar o realizar conductas más complejas. Se pueden producir conductas como correr o intentar escapar frenéticamente de alguna amenaza aparente. La mayoría de las conductas durante los episodios de sonambulismo es rutinaria y de baja complejidad. Sin embargo, se han referido casos de abrir puertas cerradas e incluso de usar maquinaria (conducir un coche). El sonambulismo puede, además, provocar conductas inapropiadas (p. ej., la más frecuente es orinar en un armario o en una papelera). La mayoría de los episodios dura desde varios minutos hasta media hora, pero pueden prolongarse más. Puesto que el sueño es un estado de analgesia relativa, las lesiones dolorosas producidas durante el sonambulismo pueden no apreciarse hasta después de despertar.

Hay dos formas "especializadas" de sonambulismo: con conducta alimentaria relacionada con el sueño y con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia o sexo del sueño). Los sujetos con ingestión de alimentos relacionada con el sueño presentan episodios recurrentes no deseados de ingesta de alimentos con diversos grados de amnesia, oscilando desde la falta de consciencia hasta la consciencia total sin la capacidad de no comer. Durante estos episodios pueden comerse alimentos inapropiados. Los sujetos con trastorno de la conducta alimentaria relacionado con el sueño pueden hallar evidencias de su ingesta sólo a la mañana siguiente. En la sexsomnia puede haber varios grados

sexual (p. ej., masturbación, caricias, tocamientos, relaciones sexuales) como conductas complejas durante el sueño sin consciencia. Este trastorno es más frecuente en los hombres y puede producir problemas serios en las relaciones interpersonales o consecuencias medicolegales.

Durante un episodio típico de terrores nocturnos, a menudo hay un sentimiento de terror abrumador con compulsión por escapar. Aunque puede haber sueños vívidos fragmentados, no se refieren secuencias de sueños como en una historia (como en las pesadillas). Lo más frecuente es que el sujeto no se despierte del todo, sino que vuelva a dormirse y tenga amnesia del episodio al despertarse a la mañana siguiente. Normalmente sólo ocurre un episodio en una noche. Ocasionalmente pueden ocurrir varios episodios a intervalos durante la noche. Estos episodios apenas se producen durante las siestas diurnas.

Prevalencia

Los trastornos del despertar del sueño no REM aislados o esporádicos son muy frecuentes en la población general. Desde un 10 hasta un 30 % de los niños ha tenido al menos un episodio de sonambulismo, y en un 2-3 % el sonambulismo es frecuente. La prevalencia del trastorno de sonambulismo, caracterizado por episodios repetidos y deterioro o malestar, es mucho menor y probablemente esté en el rango del 1-5 %. La prevalencia de los episodios de sonambulismo (no del trastorno de sonambulismo) es del 1-7 % en los adultos, con episodios semanales o mensuales que suceden en un 0,5-0,7 %. La prevalencia a lo largo de la vida del sonambulismo en los adultos es del 29,2 %, con una prevalencia en el último año del 3,6 %. Se desconoce la prevalencia de los terrores nocturnos en la población general. La prevalencia de los episodios de terrores nocturnos (en lugar del trastorno de terrores nocturnos, en el que hay recurrencias, malestar y deterioro) es de aproximadamente un 36,9 % a los 18 meses de edad, un 19,7 % a los 30 meses de edad y un 2,2 % en los adultos.

Desarrollo y curso

Los trastornos del despertar del sueño no REM ocurren con más frecuencia en la infancia y disminuye su frecuencia al aumentar la edad. El comienzo del sonambulismo en los adultos, sin historia anterior de sonambulismo en la infancia, debería motivar la búsqueda de etiologías específicas, como la apnea obstructiva del sueño, las crisis epilépticas nocturnas o los efectos de un medicamento.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El uso de sedantes, la privación de sueño, las alteraciones del horario de sueño-vigilia, la fatiga y el estrés físico o emocional aumentan la probabilidad de los episodios. La fiebre y la privación de sueño pueden producir una aumento en la frecuencia de los trastornos del despertar del sueño no REM.

Genéticos y fisiológicos. Puede existir una historia familiar de sonambulismo o de terrores nocturnos en hasta un 80 % de los sujetos que tienen sonambulismo. El riesgo de sonambulismo aumenta (hasta un 60 % de los hijos), además, cuando ambos padres tienen antecedentes del trastorno. Los sujetos con terrores nocturnos tienen con frecuencia una historia familiar positiva de terrores nocturnos o sonambulismo, con un aumento de hasta 10 veces en la prevalencia del trastorno entre los familiares biológicos de primer grado. Los terrores nocturnos son mucho más frecuentes en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos. El modo exacto de herencia se desconoce.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La actividad violenta o sexual durante los episodios de sonambulismo es más frecuente que ocurra en los adultos. La ingesta alimentaria durante los episodios de sonambulismo se ve con más frecuencia en las mujeres. El sonambulismo ocurre con más frecuencia en las mujeres durante la infancia, pero es más frecuente en los hombres durante la edad adulta.

Los niños mayores y los adultos proporcionan un recuerdo más detallado de las imágenes de miedo que se asocian con los terrores nocturnos que los niños más pequeños, quienes tienen con más probabilidad amnesia completa o refieren sólo una sensación vaga de miedo. Entre los niños, los terrores nocturnos son más frecuentes en los varones que en las mujeres. Entre los adultos, la proporción de sexos está igualada.

Marcadores diagnósticos

Los trastornos del despertar del sueño no REM se presentan en cualquier estadio del sueño no REM, aunque con más frecuencia se presentan en el sueño profundo no REM (sueño de ondas lentas). Es más frecuente que aparezcan en el primer tercio de la noche y no suelen suceder durante las siestas diurnas. Durante el episodio, el polisomnograma puede oscurecerse por los artefactos de movimiento. En ausencia de dichos artefactos, el electroencefalograma muestra típicamente actividad de frecuencia teta o alfa durante el episodio, lo que indica un despertar parcial o incompleto.

Se pueden utilizar la polisomnografía junto con la monitorización audiovisual para documentar los episodios de sonambulismo. Si no se capta el episodio durante la grabación polisomnográfica, no existen rasgos polisomnográficos que puedan servir de marcador para el sonambulismo. La privación del sueño puede aumentar la probabilidad de captar un episodio. Como grupo, los sujetos que tienen sonambulismo muestran inestabilidad del sueño profundo no REM, pero el solapamiento con los hallazgos de los sujetos que no tienen sonambulismo es lo suficientemente grande como para descartar el uso de este indicador para establecer un diagnóstico. A diferencia de los despertares del sueño REM asociados con las pesadillas, en los que hay un aumento de la frecuencia cardíaca y la respiración antes del despertar, los despertares del sueño no REM de los terrores nocturnos se inician bruscamente, sin cambios autonómicos anticipatorios. Los despertares se asocian con una gran actividad autonómica, la frecuencia cardíaca se duplica o se triplica. Apenas se conoce la fisiopatología, pero parece existir inestabilidad en los estadios profundos del sueño no REM. Si no se capta el episodio durante un estudio formal del sueño, no existen indicadores polisomnográficos fiables de la tendencia a experimentar terrores nocturnos.

Consecuencias funcionales de los trastornos del despertar del sueño no REM

Para realizar el diagnóstico de trastorno del despertar del sueño no REM, el sujeto o los miembros de la familia deben experimentar un malestar o una discapacidad clínicamente significativa, aunque los síntomas de parasomnia pueden aparecer ocasionalmente en poblaciones no clínicas y estarían por debajo del umbral diagnóstico. La vergüenza por los episodios puede deteriorar las relaciones sociales. Puede haber aislamiento social o dificultades laborales. La determinación de un "trastorno" se supedita a varios factores que pueden variar de forma individual y va a depender de la frecuencia de los episodios, de la posibilidad de violencia o conductas lesivas, de la vergüenza o del malestar/alteración de los otros miembros de la familia. La determinación de la gravedad se lleva a cabo más por la naturaleza o por las consecuencias de las conductas que por la simple frecuencia. De forma infrecuente, los trastornos del despertar del sueño no REM pueden ocasionar lesiones serias al sujeto o a alguien que trate de consolarlo. Las lesiones a los demás se limitan a los sujetos muy cercanos; el enfermo no busca a los sujetos. Típicamente, el sonambulismo, tanto en los niños como en los adultos, no se asocia con trastornos mentales significativos. En los sujetos con conductas alimentarias relacionadas con el sueño, la preparación de la comida de manera inconsciente durante el sueño puede crear problemas, como mal control de la diabetes, aumento de peso, heridas (cortes y quemaduras) o las consecuencias de comer productos no comestibles peligrosos o tóxicos. Los trastornos del despertar del sueño no REM pueden ocasionar pocas veces conductas violentas o lesivas con implicaciones forenses.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de pesadillas. En contraste con los sujetos con trastornos del despertar del sueño no REM, los sujetos con trastorno de pesadillas se despiertan típicamente de manera fácil y completa, refieren sueños vívidos, refieren historias acompañando a los episodios y tienden a presentar los episodios al final de la noche. Los trastornos del despertar del sueño no REM ocurren durante el sueño no REM, mientras que las pesadillas ocurren normalmente durante el sueño REM. Los padres de los niños con trastornos del despertar del sueño no REM pueden malinterpretar las referencias de imágenes fragmentadas como si fueran pesadillas.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los trastornos de la respiración durante el sueño también pueden producir despertares confusionales con amnesia posterior. Sin embargo, los trastornos del sueño relacionados con la respiración también se caracterizan por síntomas específicos,

como el ronquido, las pausas respiratorias y la somnolencia diurna. En algunos sujetos, un trastorno del sueño relacionado con la respiración puede precipitar episodios de sonambulismo.

Trastorno del comportamiento del sueño REM. El trastorno del comportamiento del sueño REM puede ser difícil de distinguir de los trastornos del despertar del sueño no REM. El trastorno del comportamiento del sueño REM se caracteriza por episodios de movimientos importantes y complejos que a menudo provocan lesiones personales durante el sueño. A diferencia de los trastornos del despertar del sueño no REM, el trastorno del comportamiento del sueño REM ocurre durante el sueño REM. Los sujetos con trastorno del comportamiento del sueño REM se despiertan fácilmente y refieren un contenido más detallado y vívido del sueño que los sujetos con trastornos del despertar del sueño no REM. Refieren a menudo que "actúan en los sueños".

Síndrome con solapamiento de parasomnia. El síndrome con solapamiento de parasomnia consiste en rasgos clínicos y polisomnográficos tanto de sonambulismo como de trastorno del comportamiento del sueño REM.

Crisis epilépticas relacionadas con el sueño. Algunos tipos de crisis epilépticas pueden producir episodios de conductas extrañas que suceden predominantemente o exclusivamente durante el sueño. Las crisis epilépticas nocturnas pueden mimetizar estrechamente los trastornos del despertar del sueño no REM, pero tienden a ser más estereotipados, ocurren varias veces por la noche y es más probable que ocurran durante las siestas diurnas. La presencia de crisis epilépticas relacionadas con el sueño no excluye la presencia de trastornos del despertar del sueño no REM. Las crisis epilépticas relacionadas con el sueño deberían clasificarse como una forma de epilepsia.

Desmayos inducidos por el alcohol. Los desmayos inducidos por el alcohol pueden asociarse con conductas extremadamente complejas en ausencia de otras sospechas de intoxicación. No implican la pérdida de consciencia, sino que más bien reflejan una alteración aislada del recuerdo de los hechos que ocurren durante el episodio de borrachera. Por la historia, estas conductas pueden ser indistinguibles de las que se ven en los trastornos del despertar del sueño no REM.

Amnesia disociativa, con fuga disociativa. La fuga disociativa puede ser extremadamente difícil de distinguir del sonambulismo. A diferencia de todas las parasomnias, la fuga disociativa nocturna se produce a partir de un período de vigilia durante el sueño, más que de un despertar brusco sin vigilia. Normalmente hay antecedentes de maltrato físico o abusos sexuales recurrentes durante la infancia (aunque pueden ser difíciles de sonsacar).

Simulación u otra conducta voluntaria que puede ocurrir durante la vigilia. Al igual que en la fuga disociativa, la simulación y las demás conductas voluntarias de la vigilia, se producen en estado de vigilia.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico también pueden causar despertares bruscos desde el sueño profundo no REM acompañados de miedo, pero estos episodios producen un despertar rápido y completo sin la confusión, la amnesia ni la actividad motora que son típicas de los trastornos del despertar del sueño no REM.

Conductas complejas inducidas por la medicación. Se pueden inducir conductas similares a las de los trastornos del despertar del sueño no REM por el uso o la abstinencia de sustancias o medicamentos (p. ej., las benzodiazepinas, los hipnóticos-sedantes no benzodiazepínicos, los opiáceos, la cocaína, la nicotina, los antipsicóticos, los antidepresivos tricíclicos y el hidrato de cloral). Tales conductas pueden producirse en el período de sueño y pueden ser extremadamente complejas. La fisiopatología subyacente parece ser un amnesia relativamente aislada. En tales casos, debería diagnosticarse un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo parasomnia (véase "Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos" más adelante en este capítulo).

Síndrome de ingesta nocturna. El tipo de ingesta alimentaria relacionada con el sueño del sonambulismo debería diferenciarse del síndrome de ingesta nocturna, en el que hay un retraso en el ritmo circadiano de la ingesta de comida y se asocia con el insomnio y/o la depresión.

Comorbilidad

En los adultos, existe una asociación entre el sonambulismo y los episodios de depresión mayor y el trastorno obsesivo-compulsivo. Los niños o los adultos con terrores nocturnos pueden tener puntuaciones elevadas de depresión y de ansiedad en los cuestionarios de personalidad.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) incluye "el despertar confusional" como un trastorno del despertar del sueño no REM.

Trastorno de pesadillas

Criterios diagnósticos **307.47 (F51.5)**

A. Se producen de forma repetida sueños sumamente disfóricos, prolongados y que se recuerdan bien, que por lo general implican esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad o la integridad física y que acostumbran a suceder durante la segunda mitad del período principal de sueño.
B. Al despertar de los sueños disfóricos, el individuo rápidamente se orienta y está alerta.
C. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Las pesadillas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
E. La coexistencia de trastornos mentales y médicos no explica adecuadamente la presencia predominante de sueños disfóricos.

Especificar si:

Durante el inicio del sueño

Especificar si:

Con trastorno asociado no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias
Con otra afección médica asociada
Con otro trastorno del sueño asociado

Nota de codificación: El código 307.47 (F51.5) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de pesadillas, se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.

Especificar si:

Agudo: La duración del período de pesadillas es de un mes o menos.
Subagudo: La duración del período de pesadillas es superior a un mes pero inferior a seis meses.
Persistente: La duración del período de pesadillas es de seis meses o más.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se puede clasificar por la frecuencia con que suceden las pesadillas:

Leve: Menos de un episodio por semana, en promedio.
Moderado: Uno o más episodios por semana, pero no cada noche.
Grave: Los episodios se producen todas las noches.

Características diagnósticas

Las pesadillas son típicamente prolongadas, elaboradas, con secuencias de imaginería onírica en forma de historias que parecen reales y provocan ansiedad, miedo u otras emociones disfóricas. El contenido de la pesadilla se enfoca típicamente hacia el intento de evitar o afrontar algún peligro inminente, pero puede implicar temas que evoquen otras emociones negativas. Las pesadillas que suceden tras las experiencias traumáticas pueden replicar la situación amenazante ("pesadillas de réplica"), pero la mayoría no lo hace. Al despertarse, las pesadillas se recuerdan bien y se pueden describir con detalle.

Aparecen casi exclusivamente durante el sueño REM y, por tanto, pueden ocurrir a lo largo del sueño, aunque son más probables en la segunda mitad del período principal del sueño cuando la ensoñación es más larga y más intensa. Los factores que aumentan la intensidad del sueño REM al principio del sueño, como el sueño fragmentado o la privación de sueño, el *jet lag* y los medicamentos que afectan el sueño REM, podrían facilitar las pesadillas en fases más tempranas del sueño, incluido el comienzo.

Las pesadillas suelen terminar al despertarse y al regresar rápidamente al estado de completa alerta. Sin embargo, las emociones disfóricas pueden persistir durante la vigilia y contribuir a presentar dificultad para volverse a dormir y malestar duradero durante el día. Es posible que algunas pesadillas, las llamadas "malos sueños", no hagan que la persona se despierte y sólo se recuerden más tarde. Si las pesadillas aparecen al inicio del sueño REM (hipnagógicas), la disforia se acompaña con frecuencia de un sentimiento de estar a la vez despierto y con incapacidad para moverse voluntariamente (parálisis del sueño aislada).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las pesadillas se pueden caracterizar por una activación autonómica ligera, con sudoración, taquicardia y taquipnea. Los movimientos corporales y las vocalizaciones no son características porque en el sueño REM hay pérdida del tono musculoesquelético, pero esas conductas podrían ocurrir en situaciones de estrés emocional o de sueño fragmentado y en el trastorno de estrés postraumático (TEPT). A veces hay un episodio breve al final de la pesadilla en el que el sujeto puede hablar o exteriorizar sus sentimientos. Los sujetos con pesadillas frecuentes tienen un mayor riesgo de ideación de suicidio e intentos de suicidio, incluso cuando se tienen en cuenta el sexo y la enfermedad mental.

Prevalencia

La prevalencia de las pesadillas aumenta desde la infancia hasta la adolescencia. Desde un 1,3 % hasta un 3,9 % de los padres refiere que sus hijos preescolares tienen pesadillas "a menudo" o "siempre". La prevalencia aumenta desde los 10 a los 13 años tanto en los niños como en las niñas, pero sigue aumentando entre los 20-29 años en las mujeres (mientras que disminuye en los hombres), momento en el que la prevalencia puede ser dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. La prevalencia disminuye continuamente con la edad en ambos sexos, si bien persiste la diferencia entre ellos. Entre los adultos, la prevalencia de las pesadillas al menos mensualmente es del 6 %, mientras que la prevalencia de las pesadillas frecuentes es del 1-2 %. Las estimaciones suelen combinar las pesadillas idiopáticas y las postraumáticas indiscriminadamente.

Desarrollo y curso

Las pesadillas suelen comenzar entre los 3 y los 6 años, pero alcanzan un pico de prevalencia y de gravedad en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. Las pesadillas aparecen con más probabilidad en los niños expuestos a factores estresantes psicosociales agudos o crónicos y, por tanto, puede que no se resuelvan de forma espontánea. En una minoría persisten las pesadillas frecuentes hasta la edad adulta, originando una alteración de por vida. Aunque el contenido específico de las pesadillas puede reflejar la edad del sujeto, las características principales del diagnóstico son las mismas en todos los grupos de edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los sujetos que presentan pesadillas refieren una mayor frecuencia de acontecimientos adversos en el pasado, aunque no necesariamente traumas, y muestran a menudo alteraciones de la personalidad o diagnósticos psiquiátricos.

Ambientales. La privación o la fragmentación del sueño y los horarios irregulares de sueño-vigilia que alteran el ritmo, la intensidad o la cantidad del sueño REM pueden poner a los sujetos en riesgo de presentar pesadillas.

Genéticos y fisiológicos. Los estudios de gemelos han identificado efectos genéticos sobre la predisposición a las pesadillas y su concomitancia con otras parasomnias (p. ej., el sonambulismo).

Modificadores del curso. Las conductas de los padres en la cama, como consolar al niño tras las pesadillas, pueden protegerles frente al desarrollo de pesadillas crónicas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El significado que se atribuye a las pesadillas puede variar según las culturas, y la sensibilidad a tales creencias puede facilitar su divulgación.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres adultas refieren pesadillas con más frecuencia que los hombres. El contenido de las pesadillas difiere por sexos; las mujeres adultas tienden a referir temas de acoso sexual o sobre la desaparición/muerte de los seres queridos, mientras que los hombres tienden a referir temas de agresión física o guerra/terror.

Marcadores diagnósticos

Los estudios polisomnográficos demuestran despertares bruscos del sueño REM, generalmente durante la segunda mitad de la noche, antes de referir una pesadilla. La frecuencia cardíaca, respiratoria y de movimiento de los ojos pueden acelerar o aumentar su variabilidad antes del despertar. Las pesadillas que siguen a los acontecimientos traumáticos también pueden aparecer durante el sueño no REM, en particular en el estadio 2 del sueño. El sueño típico de los sujetos con pesadillas se altera ligeramente (p. ej., se reduce la eficiencia, con menos sueño de ondas lentas, con más despertares), con una mayor frecuencia de movimientos periódicos de las piernas y una activación relativa del sistema nervioso simpático tras la privación del sueño REM.

Consecuencias funcionales del trastorno de pesadillas

Las pesadillas causan un mayor malestar subjetivo significativo que una discapacidad social o laboral manifiesta. Sin embargo, si los despertares son frecuentes o producen una evitación del sueño, los sujetos pueden presentar excesiva somnolencia diurna, mala concentración, depresión, ansiedad o irritabilidad. Las pesadillas frecuentes en los niños (p. ej., varias a la semana) pueden causar un malestar significativo a los padres y al niño.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de terrores nocturnos. Tanto el trastorno de pesadillas como el trastorno de terrores nocturnos presentan despertares o despertares parciales con miedo y activación autonómica, pero ambos trastornos son diferenciables. Las pesadillas ocurren típicamente al final de la noche, durante el sueño REM, y producen sueños vívidos, como una historia, y se recuerdan con claridad; existe activación autonómica ligera y despertares completos. Los terrores nocturnos se producen típicamente en el primer tercio de la noche, durante los estadios 3 o 4 del sueño no REM, y producen o bien una falta de recuerdo del sueño, o bien imágenes sin la cualidad de una historia elaborada. Los terrores originan despertares parciales que dejan al sujeto confundido, desorientado, con una capacidad de comunicación sólo parcial y con una activación autonómica sustancial. Suele haber amnesia del episodio por la mañana.

Trastorno de comportamiento del sueño REM. La presencia de una actividad motora compleja durante los sueños aterradores debería suscitar la evaluación a fondo de un trastorno de comportamiento del sueño REM, que ocurre más habitualmente entre los hombres de mediana edad o de edad avanzada y que, al contrario que en el trastorno de pesadillas, se asocia a menudo con sueños violentos y una historia de lesiones nocturnas. Los pacientes describen la alteración del sueño del trastorno de comportamiento del sueño REM como pesadillas, pero esta alteración se controla con la medicación apropiada.

Duelo. Durante el duelo pueden aparecer sueños disfóricos pero implican típicamente una pérdida y tristeza, y se siguen, al despertar, de introspección e *insight*, más que de malestar.

Narcolepsia. Las pesadillas son un síntoma frecuente en la narcolepsia, pero la presencia de somnolencia excesiva y de cataplejía diferencia esta afección del trastorno de pesadillas.

Crisis epilépticas nocturnas. Las crisis epilépticas nocturnas se manifiestan raramente como pesadillas y se deberían evaluar con polisomnografía y videoelectroencefalografía continua. Las crisis epilépticas nocturnas suelen conllevar una actividad motora estereotipada. Cuando se asocian pesa-

dillas, si se recuerdan, suelen ser repetitivas o reflejan rasgos epileptógenos, como el contenido de las auras diurnas (p. ej., temor inmotivado), los fosfenos o la imaginería comicial. También se pueden presentar trastornos del despertar, especialmente despertares confusionales.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración pueden llevar a despertares con activación autonómica, pero no se suelen acompañar de recuerdos de las pesadillas.

Trastorno de pánico. Los ataques que se producen durante el sueño pueden producir despertares bruscos con activación autonómica y miedo, pero no se refieren habitualmente pesadillas y los síntomas son similares a los ataques de pánico que se producen durante la vigilia.

Trastornos disociativos relacionados con el sueño. Los sujetos pueden recordar el trauma físico o emocional como un "sueño" durante los despertares documentados por la electroencefalografía.

Consumo de medicamentos o de sustancias. Numerosos medicamentos/sustancias pueden precipitar las pesadillas, como los dopaminérgicos; los antagonistas beta-adrenérgicos y otros antihipertensivos; la anfetamina, la cocaína y otros estimulantes; los antidepresivos; las ayudas para dejar de fumar, y la melatonina. La abstinencia de los medicamentos que suprimen el sueño REM (p. ej., los antidepresivos) y del alcohol puede producir una recuperación del sueño REM acompañado de pesadillas. Si las pesadillas son tan graves como para requerir atención clínica independiente, se debería considerar un diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.

Comorbilidad

Las pesadillas pueden ser comórbidas con varias afecciones médicas, entre las que están la enfermedad coronaria, el cáncer, el parkinsonismo y el dolor, y pueden aparecer en tratamientos médicos, como la hemodiálisis, o en la abstinencia de medicamentos o de sustancias de abuso. Las pesadillas son con frecuencia comórbidas con otros trastornos mentales, entre los que están el TEPT, el trastorno de insomnio, la esquizofrenia, la psicosis, los trastornos del ánimo, de ansiedad, de adaptación y de personalidad, y el sentimiento de duelo. Sólo se debería considerar un diagnóstico concurrente de trastorno de pesadillas cuando se requiera una atención clínica independiente (es decir, si se cumplen los Criterios A-C). De otra forma, no es necesario un diagnóstico separado. Estos trastornos deberían enumerarse bajo la categoría del especificador comórbido apropiado. Sin embargo, el trastorno de pesadillas se puede diagnosticar como un trastorno separado en los sujetos con TEPT si las pesadillas no se relacionan temporalmente con el TEPT (es decir, si preceden a otros síntomas de TEPT o persisten después de que se hayan resuelto otros síntomas del TEPT).

Las pesadillas son habitualmente características del trastorno del comportamiento del sueño REM, del TEPT y del trastorno de estrés agudo, pero el trastorno de pesadillas puede codificarse independientemente si las pesadillas preceden al trastorno y si su frecuencia o gravedad requieren una atención clínica independiente. Esto último se determinaría al preguntar si las pesadillas eran un problema antes del comienzo del otro trastorno y si continuaban después de que los otros síntomas hubieran remitido.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) presenta criterios diagnósticos similares a los del trastorno de pesadillas.

Trastorno del comportamiento del sueño REM

Características diagnósticas 327.42 (G47.52)

A. Episodios repetidos de despertar durante el sueño asociados a vocalización y/o comportamientos motores complejos.

B. Estos comportamientos se producen durante el sueño REM (movimientos oculares rápidos) y, por lo tanto, suelen aparecer más de 90 minutos después del inicio del sueño, son más frecuentes durante las partes más tardías del período de sueño y rara vez suceden durante las siestas diurnas.

C. Al despertar de estos episodios, el individuo está totalmente despierto, alerta y no presenta confusión ni desorientación.
D. Una u otra de las características siguientes:
   1. Sueño REM sin atonía en la polisomnografía.
   2. Antecedentes que sugieren la presencia de un trastorno del comportamiento del sueño REM y un diagnóstico establecido de sinucleinopatía (p. ej., enfermedad de Parkinson, atrofia multisistémica).
E. Los comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (que pueden incluir lesiones a uno mismo o a la pareja).
F. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica.
G. Los trastornos mentales y médicos coexistentes no explican los episodios.

Características diagnósticas

El rasgo principal del trastorno del comportamiento del sueño REM son los episodios repetidos de despertar, a menudo asociados con vocalizaciones y/o comportamientos motores complejos, que se producen en el sueño REM (Criterio A). Estos comportamientos reflejan a menudo respuestas motoras al contenido de acción o violento de los sueños, como ser atacados o tratar de escapar de una situación amenazante, que pueden denominarse comportamientos de representación del sueño. Las vocalizaciones son a menudo ruidosas, llenas de emoción y soeces. Estos comportamientos pueden ser muy molestos para el sujeto y para el compañero de cama, y pueden producir lesiones significativas (p. ej., caídas, saltos o bajadas rápidas de la cama; carreras, puñetazos, empujones, golpes o patadas). Al despertarse, el sujeto está totalmente despierto, alerta y orientado (Criterio C), y a menudo es capaz de recordar el sueño, que se correlaciona estrechamente con el comportamiento observado. Los ojos están típicamente cerrados durante estos episodios. El diagnóstico de trastorno del comportamiento del sueño REM requiere un malestar clínicamente significativo o discapacidad (Criterio E); esta determinación dependerá de varios factores, entre los que están la frecuencia de los episodios, el potencial para las conductas violentas o lesivas, la vergüenza y el malestar de los otros miembros de la casa.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La determinación de la gravedad se obtiene mejor basándose en la naturaleza o en las consecuencias del comportamiento y no simplemente en la frecuencia. Aunque los comportamientos son característicamente importantes y violentos, pueden aparecer comportamientos menores.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno del comportamiento del sueño REM es de aproximadamente un 0,38-0,5 % en la población general. La prevalencia en los pacientes con trastornos psiquiátricos puede ser mayor, posiblemente en relación con los medicamentos que se prescriben para el trastorno psiquiátrico.

Desarrollo y curso

El comienzo del trastorno del comportamiento del sueño REM puede ser gradual o rápido, y el curso es generalmente progresivo. El trastorno del comportamiento del sueño REM asociado con trastornos neurodegenerativos puede mejorar al progresar el trastorno neurodegenerativo subyacente. Debido a su gran relación con la aparición de un trastorno neurodegenerativo subyacente, especialmente con las sinucleionopatías (enfermedad de Parkinson, atrofia sistémica múltiple o trastorno neurodegenerativo mayor o ligero con cuerpos de Lewy), se debería supervisar estrechamente el estado neurológico de los sujetos con un trastorno del comportamiento del sueño REM.

El trastorno del comportamiento del sueño REM afecta abrumadoramente más a los hombres mayores de 50 años, pero se identifica cada vez más en las mujeres y en los sujetos más jóvenes. La

presencia de síntomas en sujetos jóvenes, especialmente en las mujeres jóvenes, debería hacer sospechar la posibilidad de una narcolepsia o de un trastorno del comportamiento del sueño REM inducido por medicamentos.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Muchos medicamentos que se prescriben ampliamente, entre los que están los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina y los beta-bloqueantes, pueden producir evidencias polisomnográficas de sueño REM sin atonía y de un trastorno del comportamiento del sueño REM franco. No se conoce si los medicamentos *per se* producen el trastorno del comportamiento del sueño REM o si desenmascaran una predisposición subyacente.

Marcadores diagnósticos

Los hallazgos de laboratorio de la polisomnografía indican un aumento de la actividad electromiográfica tónica y/o fásica durante el sueño REM, lo que se asocia normalmente con atonía muscular. El aumento de la actividad muscular afecta de modo variable a los diferentes grupos musculares, requiriéndose una monitorización electromiográfica más extensa de lo habitual en los estudios convencionales del sueño. Por esta razón, se sugiere que la monitorización electromiográfica incluya los grupos musculares submentonianos, digital extensor bilateral y tibial anterior bilateral. Es obligatoria la monitorización continua mediante vídeo. Otro hallazgo polisomnográfico puede ser la actividad electromiográfica periódica o aperiódica muy frecuente durante el sueño no REM. Esta observación polisomnográfica, denominada sueño REM sin atonía, está presente prácticamente en todos los casos de trastorno del comportamiento del sueño REM, pero también puede ser un hallazgo polisomnográfico asintomático. Para el diagnóstico de trastorno del comportamiento del sueño REM es necesario que haya clínica de comportamientos de representación de sueños emparejada con los hallazgos polisomnográficos del REM sin atonía. El sueño REM sin atonía sin una historia clínica de comportamientos de representación de sueños es simplemente una observación polisomnográfica asintomática. No se conoce si el sueño REM aislado sin atonía es un precursor del trastorno del comportamiento del sueño REM.

Consecuencias funcionales del trastorno del comportamiento del sueño REM

El trastorno del comportamiento del sueño REM puede aparecer en ocasiones aisladas en sujetos que no están afectados de ninguna otra forma. La vergüenza asociada a los episodios puede deterior las relaciones sociales. Los sujetos pueden evitar las situaciones en las que otras personas puedan ser conscientes de la alteración, como visitar a los amigos y quedarse por la noche o dormir con una pareja. Puede haber aislamiento social o problemas laborales. De modo infrecuente, el trastorno del comportamiento del sueño REM puede originar lesiones graves a la persona afectada o al compañero de cama.

Diagnóstico diferencial

Otras parasomnias. Los despertares con confusión, el sonambulismo y los terrores nocturnos pueden confundirse fácilmente con el trastorno del comportamiento del sueño REM. En general, estos trastornos aparecen en sujetos más jóvenes. A diferencia del trastorno del comportamiento del sueño REM, aparecen en el sueño profundo no REM y, por tanto, tienden a suceder en la primera parte del período de sueño. Tener un despertar confusional puede asociarse con confusión, desorientación y con un recuerdo incompleto del sueño que acompañaba al comportamiento. La monitorización polisomnográfica en los trastornos del despertar revela una atonía REM normal.

Crisis epilépticas nocturnas. Las crisis epilépticas nocturnas pueden mimetizar perfectamente un trastorno del comportamiento del sueño REM, aunque los comportamientos son generalmente más estereotipados. La monitorización polisomnográfica mediante un montaje electroencefalográfico completo durante las crisis puede diferenciar las dos. No se presenta sueño REM sin atonía en la monitorización polisomnográfica.

Apnea obstructiva del sueño. La apnea obstructiva del sueño puede producir comportamientos indistinguibles del trastorno del comportamiento del sueño REM. Sería necesaria una monitorización polisomnográfica para diferenciarlos. En este caso, los síntomas se resuelven tras un tratamiento efectivo de la apnea obstructiva del sueño y no aparece sueño REM sin atonía en la monitorización polisomnográfica.

Otros trastornos disociativos especificados (trastorno disociativo psicógeno asociado al sueño). A diferencia del resto de parasomnias, que se producen bruscamente en el sueño no REM o REM, los comportamientos disociativos psicógenos se producen en un período bien definido de vigilia durante el período del sueño. A diferencia del trastorno del comportamiento del sueño REM, este trastorno es más frecuente en las mujeres jóvenes.

Simulación. Muchos casos de simulación, en los que el sujeto refiere movimientos problemáticos durante el sueño, mimetizan perfectamente los rasgos clínicos del trastorno del comportamiento del sueño REM, siendo la documentación polisomnográfica obligatoria.

Comorbilidad

El trastorno del comportamiento del sueño REM se presenta concomitantemente con la narcolepsia en aproximadamente un 30 % de los pacientes. Cuando aparece con la narcolepsia, los datos demográficos reflejan un rango de edad menor para la narcolepsia, con una frecuencia similar en hombres y en mujeres. Basándose en los hallazgos de los sujetos que acuden a las clínicas de sueño, la mayor parte de los sujetos (> 50 %) con un trastorno del comportamiento del sueño REM inicialmente "idiopático" desarrollará a la larga una enfermedad neurodegenerativa, sobre todo una sinucleinopatía (enfermedad de Parkinson, atrofia sistémica múltiple o trastorno neurodegenerativo mayor o ligero con cuerpos de Lewy). El trastorno del comportamiento del sueño REM a menudo precede muchos años a cualquier otro signo de estos trastornos (a menudo más de una década).

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

El trastorno del comportamiento del sueño REM es prácticamente idéntico al trastorno del comportamiento del sueño REM de la 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2).

Síndrome de las piernas inquietas

Criterios diagnósticos 333.94 (G25.81)

A. Necesidad urgente de mover las piernas, acompañada generalmente o en respuesta a sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, que se caracteriza por todas las circunstancias siguientes:
   1. La necesidad urgente de mover las piernas comienza o empeora durante los períodos de reposo o de inactividad.
   2. La necesidad urgente de mover las piernas se alivia parcial o totalmente con el movimiento.
   3. La necesidad urgente de mover las piernas es peor por la tarde o por la noche que durante el día, o se produce únicamente por la tarde o por la noche.

B. Los síntomas del Criterio A se producen al menos tres veces por semana y han estado presentes durante un mínimo de tres meses.

C. Los síntomas del Criterio A se acompañan de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, comportamental u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los síntomas del Criterio A no se pueden atribuir a otro trastorno mental o afección médica (p. ej., artritis, edema de las piernas, isquemia periférica, calambres en las piernas) y no se explican mejor por un problema de comportamiento (p. ej., incomodidad postural, golpeteo habitual de los pies).

E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una droga o un medicamento (p. ej., acatisia).

Características diagnósticas

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) es un trastorno del sueño sensoriomotor y neurológico que se caracteriza por un deseo de mover las piernas o los brazos normalmente asociado a sensaciones incómodas que se describen típicamente como calambres, cosquilleo, hormigueo, quemazón o picor (Criterio A). El diagnóstico del SPI se basa principalmente en el relato del paciente y en la historia. Los síntomas empeoran cuando el paciente está quieto, por lo que se realizan movimientos frecuentes de las piernas para aliviar las sensaciones incómodas. Los síntomas empeoran por la tarde o por la noche y en algunos sujetos sucede sólo por la tarde o por la noche. El empeoramiento vespertino aparece de manera independiente de cualquier diferencia en la actividad. Es importante diferenciar el SPI de otros trastornos, como la incomodidad postural y los calambres en las piernas (Criterio D).

Los síntomas del SPI pueden retrasar el comienzo del sueño y despertar al sujeto, y se asocian con una fragmentación significativa del sueño. El alivio que se obtiene al mover las piernas puede no ser evidente en los casos más graves. El SPI se asocia con somnolencia diurna y se acompaña con frecuencia de un malestar clínicamente significativo o de deterioro funcional.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño (MPPS) pueden servir de signo para corroborar el SPI, y hasta un 90 % de los sujetos diagnosticados de SPI presenta MPPS cuando se realizan registros durante varias noches. Los movimientos periódicos de las piernas durante la vigilia apoyan el diagnóstico del SPI. También pueden apoyar el diagnóstico del SPI los relatos de dificultad para iniciar y mantener el sueño y la excesiva somnolencia diurna. Otros rasgos que apoyan el diagnóstico son la historia familiar del SPI en los familiares de primer grado y la reducción de los síntomas, al menos inicialmente, con el tratamiento dopaminérgico.

Prevalencia

Las cifras de prevalencia del SPI varían considerablemente cuando se utilizan criterios amplios, pero oscilan entre un 2 y un 7,2 % cuando se utilizan criterios más definidos. Cuando la frecuencia de los síntomas es de al menos tres veces por semana con malestar moderado o grave, la tasa de prevalencia es del 1,6 %; cuando la frecuencia de los síntomas es como mínimo de una vez a la semana, la cifra de prevalencia es de un 4,5 %. Las mujeres tienen 1,5-2 veces más probabilidades que los hombres de tener SPI. El SPI aumenta con la edad. La prevalencia del SPI podría ser menor en las poblaciones asiáticas.

Desarrollo y curso

El comienzo del SPI tiene lugar típicamente en la segunda o tercera década. Aproximadamente, un 40 % de los sujetos diagnosticados con SPI durante la edad adulta refiere haber experimentado síntomas antes de los 10 años de edad. Las cifras de prevalencia aumentan continuamente con la edad hasta aproximadamente los 60 años, pero los síntomas se estabilizan o disminuyen ligeramente en los grupos de edad más avanzada. En comparación con los casos no familiares, el SPI familiar tiene normalmente una edad de comienzo más joven y un curso más lentamente progresivo. El curso clínico del SPI difiere según la edad de inicio. Cuando el inicio sucede antes de los 45 años, aparece a menudo una lenta progresión de los síntomas. En el SPI de inicio tardío es típica la progresión rápida y son frecuentes los factores que agravan el trastorno. Los síntomas del SPI son similares a lo largo de la vida y permanecen estables o disminuyen ligeramente en los grupos de edad avanzada.

El diagnóstico de SPI en los niños puede ser difícil por el componente de autoinforme. Mientras que el Criterio A en los adultos asume que es el paciente quien que refiere la "necesidad imperiosa" de mover las piernas, el diagnóstico pediátrico requiere una descripción con las propias palabras del niño más que por parte de los padres o del cuidador. Típicamente, los niños de 6 o más años de edad son capaces de proporcionar descripciones detalladas y adecuadas del SPI. Sin embargo, los niños utilizan o entienden pocas veces la expresión "necesidad imperiosa", y refieren en cambio que "tienen que" o "han de" mover las piernas. Además, posiblemente a causa de los largos períodos que han de permanecer sentados en clase, dos tercios de los niños y adolescentes refiere sensaciones parecidas en las piernas durante el día. Así, en relación con el Criterio A3, es importante comparar el tiempo que

pasan sentados o echados durante el día con el que pasan sentados o echados durante la noche. El empeoramiento nocturno tiende a persistir incluso en el contexto de un SPI pediátrico. Al igual que en el SPI de los adultos, existe un impacto negativo significativo sobre el sueño, el ánimo, la cognición y la función. El deterioro en los niños y los adolescentes se manifiesta más a menudo en los dominios comportamental y educacional.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Los factores predisponentes son el sexo femenino, la edad avanzada, las variantes de riesgo genético y una historia familiar de SPI. Los factores precipitantes están normalmente limitados en el tiempo, como por ejemplo la deficiencia de hierro, y la mayoría de los sujetos recupera los patrones normales de sueño una vez que el desencadenante inicial ha desaparecido. Las variantes de riesgo genético también juegan un papel en el SPI secundario a trastornos como la uremia, sugiriendo que los sujetos con susceptibilidad genética desarrollan SPI en presencia de otros factores de riesgo adicionales. El SPI tiene un componente familiar importante.

Hay vías fisiopatológicas favorecedoras del SPI. Los estudios de asociación del genoma completo han encontrado que el SPI se asocia significativamente con variantes genéticas comunes en las regiones intrónicas o intergénicas de *MEIS1*, *BTBD9* y *MAP2K5* de los cromosomas 2p, 6p y 15q, respectivamente. Se ha replicado de forma independiente la asociación de estas tres variantes con el SPI. El *BTBD9* confiere un riesgo excesivo muy grande (80 %) incluso cuando se presenta sólo un alelo. Debido a la alta frecuencia de esta variante en los sujetos de ascendencia europea, el riesgo atribuible a la población se aproxima al 50 %. Los alelos de riesgo, asociados con *MEIS1* y *BTBD9* son menos frecuentes en los sujetos de ascendencia africana o asiática, sugiriendo quizás un menor riesgo de SPI en estas poblaciones.

Los mecanismos fisiopatológicos en el SPI también incluyen alteraciones en el sistema dopaminérgico central y alteraciones en el metabolismo del hierro. También puede estar implicado el sistema opiáceo endógeno. Los efectos del tratamiento con drogas dopaminérgicas (primariamente agonistas D_2 y D_3 no derivados del cornezuelo) proporcionan un apoyo adicional de que el SPI se fundamenta en una disfunción de las vías dopaminérgicas centrales. Mientras que el tratamiento efectivo del SPI ha mostrado que también puede reducir significativamente los síntomas depresivos, los antidepresivos serotoninérgicos pueden inducir o agravar el SPI en algunos sujetos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque el SPI es más prevalente en las mujeres que en los hombres, no hay diferencias diagnósticas de acuerdo con el sexo. Sin embargo, la prevalencia del SPI durante el embarazo es de dos a tres veces mayor que entre la población general. El SPI asociado con el embarazo alcanza un pico durante el tercer trimestre y mejora o se resuelve en la mayoría de los casos poco después del parto. La diferencia de sexos en la prevalencia del SPI se explica, al menos en parte, por la paridad, teniendo las mujeres nulíparas el mismo riesgo de SPI que los hombres de la misma edad.

Marcadores diagnósticos

La polisomnografía muestra alteraciones significativas en el SPI, normalmente un aumento de la latencia del sueño y un mayor índice de despertares. La polisomnografía con un test previo de inmovilización puede proporcionar un indicador del signo motor del SPI, los movimientos periódicos de las piernas, bajo condiciones estándares de sueño y durante el reposo tranquilo; ambas situaciones pueden provocar los síntomas del SPI.

Consecuencias funcionales del síndrome de las piernas inquietas

Las formas del SPI tan graves que deterioran significativamente el funcionamiento o que se asocian con trastornos mentales, entre los que están la depresión y la ansiedad, aparecen en aproximadamente el 2-3 % de la población.

Aunque el impacto de los síntomas más leves está peor caracterizado, los sujetos con SPI se quejan de la alteración de al menos una actividad de la vida diaria, refiriendo hasta un 50 % de los pacientes

un impacto negativo sobre el estado de ánimo y un 47,6 % falta de energía. Las consecuencias más frecuentes del SPI son las alteraciones del sueño, entre las que están la reducción del tiempo de sueño, la fragmentación del sueño y la alteración global; la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático, y las alteraciones de la calidad de vida. El SPI puede originar somnolencia diurna o fatiga y se acompaña frecuentemente de malestar significativo o deterioro en el funcionamiento afectivo, social, laboral, educativo, académico, conductual o cognitivo.

Diagnóstico diferencial

Los trastornos más importantes para el diagnóstico diferencial del SPI son los calambres de las piernas, la incomodidad postural, las artralgias/artritis, las mialgias, la isquemia postural (entumecimiento), el edema de las piernas, la neuropatía periférica, la radiculopatía y el golpeteo con los pies habitual. Los "nudos" musculares (calambres), el alivio con un simple cambio postural, la limitación a las articulaciones, el dolor a la palpación (mialgias) y otras alteraciones de la exploración física no son característicos del SPI. A diferencia del SPI, los calambres nocturnos de las piernas no se presentan habitualmente con el deseo de mover las piernas ni existen movimientos frecuentes de éstas. Otros trastornos poco frecuentes que deben diferenciarse del SPI son la acatisia inducida por los neurolépticos, la mielopatía, la insuficiencia venosa sintomática, la enfermedad arterial periférica, el eccema, otros problemas ortopédicos y la inquietud provocada por la ansiedad. El empeoramiento nocturno y los movimientos periódicos de las piernas son más frecuentes en el SPI que en la acatisia inducida por medicación o en la neuropatía periférica.

Aunque es importante que los síntomas del SPI no se puedan explicar exclusivamente por otra afección médica o comportamental, también se debería tener en cuenta la posibilidad de que aparezca cualquiera de estas afecciones parecidas en el sujeto con SPI. Esto precisa que se le preste atención por separado a cada posible afección en el proceso de diagnóstico y al evaluar el impacto. En los casos en los que el diagnóstico de SPI no esté claro, podría ser de ayuda evaluar los rasgos que apoyan el diagnóstico de SPI, especialmente los MMPS o una historia familiar de SPI. Las características clínicas, así como la respuesta a un agente dopaminérgico y los antecedentes familiares del SPI, pueden ayudar en el diagnóstico diferencial.

Comorbilidad

Los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos atencionales son normalmente comórbidos con el SPI y se discuten en la sección "Consecuencias funcionales del síndrome de las piernas inquietas". El principal trastorno médico comórbido con el SPI es la enfermedad cardiovascular. Puede haber una asociación con otros múltiples trastornos médicos, entre los que están la hipertensión, la narcolepsia, la migraña, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la neuropatía periférica, la apnea obstructiva del sueño, la diabetes *mellitus*, la fibromialgia, la osteoporosis, la obesidad, la enfermedad tiroidea y el cáncer. La deficiencia de hierro, el embarazo y la insuficiencia renal crónica también pueden presentar comorbilidad con el SPI.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) presenta criterios diagnósticos similares a los del SPI, pero no contiene un criterio que especifique la frecuencia o la duración de los síntomas.

Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

A. Alteración importante y grave del sueño.
B. Existen pruebas a partir de la historia, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o poco después de la intoxicación o después de la abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno del sueño no inducido por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de un trastorno del sueño independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un delirium.
E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.
Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos del sueño inducidos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno del sueño inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1", y el clínico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes del trastorno del sueño inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno del sueño inducido por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), el carácter en 4ª posición es "9", y el clínico sólo hará constar el trastorno del sueño inducido por sustancias. Para codificar un trastorno del sueño inducido por el tabaco, se requiere un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco; no está permitido codificar un trastorno concurrente leve por consumo de tabaco o la ausencia de trastorno por consumo de tabaco junto con un trastorno del sueño inducido por el tabaco.

Especificar si:

Tipo con insomnio: Se caracteriza por la dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertares nocturnos frecuentes o sueño no reparador.

Tipo con somnolencia diurna: Se caracteriza por el predominio de somnolencia excesiva/fatiga durante las horas de vigilia o, con menos frecuencia, un período de sueño prolongado.

Tipo con parasomnia: Se caracteriza por la presencia de comportamientos anómalos durante el sueño.

Tipo mixto: Se caracteriza por un problema del sueño inducido por sustancias/medicamentos que se caracteriza por diversos tipos de síntomas del sueño, pero sin predominio claro de ninguno de ellos.

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para los diagnósticos asociados a la clase de sustancia):

Con inicio durante la intoxicación: Este especificador se utilizará si se cumplen los criterios para la intoxicación con la sustancia/medicamento y los síntomas aparecen durante el período de intoxicación.

Con inicio durante la retirada/abstinencia: Este especificador se utilizará si se cumplen los criterios de retirada/abstinencia de la sustancia/medicamento y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada de la sustancia/medicamento.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo leve	Con trastorno por consumo moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.82	F10.182	F10.282	F10.982
Cafeína	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cannabis	292.85	F12.188	F12.288	F12.988
Opiáceo	292.85	F11.182	F11.282	F11.982
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.85	F13.182	F13.282	F13.982
Anfetamina (u otro estimulante)	292.85	F15.182	F15.282	F15.982
Cocaína	292.85	F14.182	F14.282	F14.982
Tabaco	292.85	ND	F17.208	ND
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.85	F19.182	F19.282	F19.982

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, bupropión) que se supone que es la causante del trastorno del sueño. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de la sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., bupropión), se utilizará el código "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la retirada/abstinencia), seguido de la designación del subtipo (es decir, tipo insomnio, tipo somnolencia diurna, tipo parasomnia, tipo mixto). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de insomnio durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es 292.85 trastorno del sueño inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia, tipo insomnio. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.10 trastorno grave por consumo de lorazepam. Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel significativo en el desarrollo de la alteración del sueño, se hará constar cada una de ellas por separado (p. ej., 292.85 trastorno del sueño inducido por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio; 292.85 trastorno del sueño inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, bupropión) que se supone que es la causante del trastorno del sueño. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de la sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., bupropión), se utilizará el código para "otra sustancia"; y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe), a continuación se incluye la palabra "con", seguida del nombre del trastorno del sueño inducido por sustancias, seguido de la especificación del inicio (es decir, inicio durante

la intoxicación, inicio durante la retirada/abstinencia), seguida de la designación del subtipo (es decir, tipo insomnio, tipo somnolencia diurna, tipo parasomnia, tipo mixto). Por ejemplo, en el caso de insomnio durante la abstinencia en un individuo con un trastorno grave por consumo de lorazepam, el diagnóstico es F13.282 trastorno grave por consumo de lorazepam, con trastorno del sueño inducido por lorazepam, con inicio durante la abstinencia, tipo insomnio. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de lorazepam. Si el trastorno del sueño inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., con uso de medicamentos), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F19.982 trastorno del sueño inducido por bupropión, con inicio durante el uso de medicamentos, tipo insomnio). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel significativo en el desarrollo de la alteración del sueño, se hará constar por separado cada una de ellas (p. ej., F10.282 trastorno grave por consumo de alcohol, con trastorno del sueño inducido por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio; F14.282 trastorno grave por consumo de cocaína con trastorno del sueño inducido por cocaína, con inicio durante la intoxicación, tipo insomnio).

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos es una alteración importante del sueño que es lo suficientemente grave como para requerir una atención clínica independiente (Criterio A) y que se considera que se asocia primariamente con los efectos farmacológicos de una sustancia (es decir, una droga de abuso, una medicación, la exposición a una toxina) (Criterio B). Dependiendo de la sustancia implicada, se refiere uno de los cuatro tipos de alteraciones del sueño. Los más frecuentes son el tipo con insomnio y el tipo con somnolencia diurna, mientras que el tipo con parasomnia se ve con menos frecuencia. El tipo mixto se registra cuando aparecen síntomas de más de un tipo de alteraciones del sueño y no predomina ninguno. La alteración no puede explicarse mejor por otro trastorno del sueño (Criterio C). El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno de insomnio o de un trastorno asociado con excesiva somnolencia diurna al considerar el comienzo y el curso. En el caso de las drogas de abuso, debe haber signos de intoxicación o de abstinencia en la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos aparece sólo en asociación con la intoxicación o con estados de discontinuación/abstinencia, mientras que otros trastornos del sueño pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o aparecen durante períodos de abstinencia mantenida. Como los estados de retirada/abstinencia de algunas sustancias pueden prolongarse, el comienzo de la alteración del sueño puede ocurrir 4 semanas después de cesar el consumo de la sustancia y las alteraciones pueden tener características atípicas de otros trastornos del sueño (p. ej., edad de inicio o curso atípicos). No se realiza el diagnóstico si la alteración del sueño aparece sólo durante un delirium (Criterio D). Los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio E). Se debería hacer este diagnóstico en vez de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias sólo cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando los síntomas requieran una atención clínica independiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Durante los períodos de consumo de sustancias/medicamentos, de intoxicación o de abstinencia, los sujetos se quejan con frecuencia de ánimo disfórico, con depresión y ansiedad, irritabilidad, deterioro cognitivo, incapacidad para concentrarse y fatiga.

Las alteraciones del sueño importantes y graves pueden aparecer en asociación con la intoxicación de las siguientes clases de sustancias: alcohol, cafeína, cannabis, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes (incluyendo la cocaína), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Algunos medicamentos que provocan alteraciones del sueño son los agonistas y antagonistas adrenérgicos, los agonistas y antagonistas dopaminérgicos, los agonistas y antagonistas colinérgicos, los agonistas y antagonistas serotoninérgicos, los antihistamínicos y los corticosteroides.

Alcohol. El trastorno del sueño inducido por el alcohol normalmente es del tipo insomnio. Durante la intoxicación aguda, el alcohol produce un efecto sedante inmediato, dependiente de la dosis, que se acompaña de un aumento de los estadios 3 y 4 del sueño no REM y una disminución del sueño REM. Después de estos efectos iniciales puede haber un aumento de los despertares, sueño inquieto y sueños vívidos y cargados de ansiedad durante el período de sueño restante. En paralelo, se reducen los estadios 3 y 4 del sueño y aumentan los despertares y el sueño REM. El alcohol puede agravar los trastornos del sueño relacionados con la respiración. Con el consumo habitual, el alcohol presenta un efecto sedante de vida corta en la primera mitad de la noche, seguido de una alteración de la continuidad del sueño y de un aumento de la cantidad e intensidad del sueño REM, asociado frecuentemente con ensoñaciones vívidas, que en su forma extrema forma parte del delirium por abstinencia de alcohol. Tras la abstinencia aguda, los consumidores crónicos de alcohol pueden continuar presentando un sueño ligero, fragmentado durante semanas o años, asociado con un déficit persistente de sueño de ondas lentas.

Cafeína. El trastorno del sueño inducido por cafeína produce insomnio dependiente de la dosis y, en algunos sujetos, somnolencia diurna relacionada con la abstinencia.

Cannabis. La administración aguda de cannabis puede acortar la latencia del sueño, aunque puede ocasionar despertares con aumento de la latencia del sueño. El cannabis aumenta el sueño de ondas lentas y suprime el sueño REM tras la administración aguda. En los consumidores crónicos se desarrolla tolerancia a los efectos inductores del sueño y a los potenciadores del sueño de ondas lentas. Durante la abstinencia se han notificado dificultades para dormir y sueños desagradables que duran varias semanas. Los estudios polisomnográficos muestran disminución del sueño de ondas lentas y aumento del sueño REM durante esta fase.

Opiáceos. Los opiáceos, durante el consumo agudo a corto plazo, pueden producir un aumento de la somnolencia y de la profundidad subjetiva del sueño, y una disminución del sueño REM. Con la administración continua se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes de los opiáceos y aparecen quejas de insomnio. A causa de sus efectos depresores respiratorios, los opiáceos empeoran la apnea del sueño.

Sedantes, hipnóticos o sustancias ansiolíticas. Los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos (p. ej., los barbitúricos, los agonistas del receptor benzodiazepínico, el meprobamato, la glutetimida y la metiprilona) tienen efectos sobre el sueño similares a los opiáceos. Durante la intoxicación aguda, los fármacos sedantes-hipnóticos producen el aumento esperado del sueño y disminuyen los despertares. El consumo crónico (especialmente de barbitúricos y de fármacos más antiguos ni barbitúricos ni benzodiazepínicos) puede causar tolerancia, con regreso posterior al insomnio. Puede haber somnolencia diurna. Los fármacos sedantes-hipnóticos pueden aumentar la frecuencia y la gravedad de los episodios de apnea obstructiva del sueño. Las parasomnias se asocian con el consumo de agonistas del receptor benzodiazepínico, especialmente cuando estos medicamentos se toman a dosis más altas y cuando se combinan con otros fármacos sedantes. La suspensión brusca de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos crónicos puede provocar abstinencia, pero con más frecuencia ocasiona insomnio de rebote, un trastorno de exacerbación del insomnio que aparece tras la retirada durante 1-2 días y que puede ocurrir incluso con el consumo a corto plazo. Los fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con una duración de acción breve producen con más probabilidad síntomas de insomnio de rebote, mientras que aquellos con una duración de acción más prolongada se asocian con más frecuencia a somnolencia diurna. Cualquier fármaco sedante, hipnótico o ansiolítico puede potencialmente causar sedación diurna, abstinencia o insomnio de rebote.

Anfetaminas y sustancias relacionadas y otros estimulantes. Los trastornos del sueño inducidos por anfetaminas y sustancias relacionadas y por otros estimulantes se caracterizan por insomnio durante la intoxicación y somnolencia excesiva durante la abstinencia. Durante la intoxicación aguda, los estimulantes reducen la cantidad total de sueño, aumentan la latencia del sueño y las alteraciones en la continuidad del sueño, y disminuyen el sueño REM. El sueño de ondas lentas tiende a reducirse. Durante la abstinencia del consumo crónico de estimulantes, hay tanto una prolongación de la duración del sueño nocturno como una somnolencia diurna excesiva. Los tests de latencias múltiples del sueño pueden mostrar un

aumento de la somnolencia diurna durante la fase de abstinencia. Drogas como la 3,4 metilendioximetanfetamina (MDMA o "éxtasis") y otras sustancias relacionadas producen inquietud y alteraciones del sueño en las 48 horas siguientes al consumo; el uso frecuente de estos compuestos se asocia con síntomas persistentes de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, incluso durante la abstinencia a largo plazo.

Tabaco. El consumo crónico de tabaco se asocia primariamente con síntomas de insomnio, disminución del sueño de ondas lentas con reducción de la eficiencia del sueño, y somnolencia diurna aumentada. La abstinencia de tabaco puede producir alteración del sueño. Los sujetos que fuman mucho pueden presentar despertares nocturnos regulares causados por el ansia de fumar.

Otras sustancias/medicamentos (o sustancias/medicamentos desconocidos). Otras sustancias/medicamentos pueden producir alteraciones del sueño, especialmente los medicamentos que afectan al sistema nervioso central o autónomo (p. ej., los agonistas y los antagonistas adrenérgicos, los agonistas y los antagonistas dopaminérgicos, los agonistas y los antagonistas colinérgicos, los agonistas y los antagonistas serotoninérgicos, los antihistamínicos y los corticosteroides).

Desarrollo y curso

El insomnio en los niños puede ser detectado por los padres o por el propio niño. A menudo, el niño tiene una clara alteración del sueño asociada con el inicio de un medicamento, pero puede no referir síntomas, aunque es posible que los padres puedan observar las alteraciones del sueño. El consumo de algunas sustancias ilícitas (p. ej., el cannabis, el éxtasis) es prevalente en la adolescencia y en la edad adulta temprana. El insomnio u otra alteración del sueño que se encuentre en estos grupos de edad debería motivar la consideración minuciosa de si la alteración del sueño se podría deber al consumo de estas sustancias. La búsqueda de ayuda por la alteración del sueño en estos grupos de edad es limitada y, por tanto, se puede obtener información de los padres, cuidadores o profesores para corroborar la alteración. Los ancianos toman más medicamentos y tienen un riesgo aumentado de desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Pueden interpretar las alteraciones del sueño como parte del envejecimiento normal y no suelen referir síntomas. Los sujetos con trastorno neurocognitivo mayor (p. ej., demencia) tienen más riesgo de trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos, pero pueden no referir los síntomas, por lo que cobra especial importancia contar con un informe de los cuidadores que lo corrobore.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo y pronóstico relacionados con el abuso/dependencia de sustancias o con el consumo de medicamentos son normativos en ciertos grupos de edad. Son relevantes y probablemente aplicables al tipo de alteración del sueño que se encuentre (véase el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para las descripciones respectivas de los trastornos por consumo de sustancias).

Temperamentales. El consumo de una sustancia generalmente precipita o acompaña al insomnio en los sujetos vulnerables. Por tanto, la presencia de insomnio, como respuesta al estrés o a un cambio del entorno o el horario de sueño, puede representar un riesgo para desarrollar un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Un riesgo similar puede aparecer en los sujetos con otros trastornos del sueño (p. ej., sujetos con hipersomnia que utilizan estimulantes).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El consumo de sustancias, incluidos los medicamentos, puede depender en parte del contexto cultural y de la normativa local sobre drogas.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Existe una prevalencia específica por sexos (es decir, mayor presentación en las mujeres que en los hombres en una proporción de alrededor de 2:1) para los patrones de consumo de algunas sustancias (p. ej., el alcohol). La misma cantidad y duración de consumo de una sustancia dada puede conducir a unos resultados relacionados con el sueño muy diferentes en los hombres y en las mujeres, debido, por ejemplo, a las diferencias específicas de sexo del funcionamiento hepático.

Marcadores diagnósticos

Cada uno de los trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos produce patrones de sueño electroencefalográficos que se asocian con otros trastornos, aunque no pueden considerarse diagnósticos. El perfil de sueño electroencefalográfico de cada sustancia se relaciona con el nivel de consumo, según se trate de consumo/intoxicación, uso crónico o abstinencia tras la discontinuación de la sustancia. La polisomnografía de toda la noche puede ayudar a definir la gravedad de los síntomas de insomnio, mientras que el test de latencias múltiples del sueño proporciona información sobre la gravedad de la somnolencia diurna. La monitorización de la respiración nocturna y de los movimientos periódicos de las piernas mediante la polisomnografía puede verificar el impacto de una sustancia sobre la respiración nocturna y sobre la conducta motora. Los diarios de sueño durante 2 semanas y la actigrafía se consideran útiles para confirmar la presencia de un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. El *screening* de drogas puede ser útil cuando el sujeto no es consciente del consumo de sustancias o no desea informar sobre él.

Consecuencias funcionales del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos

Aunque hay muchas consecuencias funcionales asociadas con los trastornos del sueño, la única consecuencia del trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos es el aumento del riesgo de recaída. El grado de alteración del sueño durante la abstinencia del alcohol (p. ej., el rebote de sueño REM predice el riesgo de recaída en la bebida). La supervisión de la calidad del sueño y de la somnolencia diurna durante y después de la abstinencia puede proporcionar una información clínicamente significativa para saber si un sujeto tiene mayor riesgo de recaída.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. Las alteraciones del sueño se encuentran comúnmente en el contexto de la intoxicación por sustancias o de la abstinencia/discontinuación de sustancias. Se debería hacer un diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos en vez de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias sólo cuando la alteración del sueño predomina en el cuadro clínico y es lo suficientemente grave como para requerir una atención clínica independiente.

Delirium. Si la alteración del sueño inducida por las sustancias/medicamentos aparece exclusivamente durante el curso de un delirium, no se diagnostica separadamente.

Otros trastornos del sueño. Un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos se distingue de otro trastorno del sueño si se considera que la sustancia/medicamento se relaciona etiológicamente con los síntomas. Un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos, que se atribuye a un medicamento prescrito para un trastorno mental o una afección médica, debe tener su comienzo mientras el sujeto está recibiendo la medicación, o durante la discontinuación si hay un síndrome de discontinuación/abstinencia asociado con la medicación. Una vez que se suspende el tratamiento, la alteración del sueño remitirá normalmente en días o en varias semanas. Si los síntomas persisten más de 4 semanas, se deberían considerar otras causas para los síntomas relacionados con la alteración del sueño. No es infrecuente que los sujetos con otro trastorno del sueño usen medicamentos o drogas de abuso para automedicarse por sus síntomas (p. ej., el alcohol para el manejo del insomnio). Si se considera que la sustancia/medicamento juega un papel significativo en la exacerbación de la alteración del sueño, debería hacerse un diagnóstico adicional de trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos.

Trastorno del sueño debido a otra afección médica. El trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno del sueño debido a otra afección médica pueden producir síntomas similares de insomnio, somnolencia diurna o parasomnia. Muchos sujetos con otras afecciones médicas que causan alteraciones del sueño se tratan con medicamentos que pueden también causar alteraciones del sueño. La cronología de los síntomas es el factor más importante para distinguir entre estas dos fuentes de síntomas del sueño. Las dificultades para dormir, que preceden claramente al

consumo de cualquier medicamento para el tratamiento de una afección médica, sugerirían un diagnóstico de trastorno del sueño debido a otra afección médica. En cambio, los síntomas del sueño que aparecen sólo tras el inicio de un medicamento/sustancia particular sugieren un trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos. Si la alteración es comórbida con otra afección médica y además se exacerba por el consumo de la sustancia, se dan ambos diagnósticos (es decir, trastorno del sueño debido a otra afección médica y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos). Cuando la evidencia es insuficiente para determinar si la alteración del sueño es atribuible a la sustancia/medicamento o a otra afección médica o si es primaria (es decir, no se debe ni a una sustancia/medicamento ni a otra afección médica), se indica el diagnóstico de otro trastorno del sueño-vigilia especificado o trastorno del sueño-vigilia no especificado.

Comorbilidad

Véanse las secciones de "Comorbilidad" de otros trastornos del sueño de este capítulo, donde se encuentran el insomnio, la hipersomnia, la apnea central del sueño, la hipoventilación relacionada con el sueño y los trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo asociado a turnos laborales.

Relación con la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño

La 2ª edición de la *Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño* (ICSD-2) codifica los trastornos del sueño "debidos a drogas o sustancias" bajo sus fenotipos respectivos (p. ej., insomnio, hipersomnia).

Otro trastorno de insomnio especificado

780.52 (G47.09)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastornos de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de insomnio especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios del trastorno de insomnio o de ningún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de insomnio especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "trastorno de insomnio breve").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son los siguientes:

1. **Trastorno de insomnio breve:** Duración inferior a tres meses.
2. **Sueño restringido no reparador:** El motivo principal de queja es el sueño no reparador sin otros síntomas del sueño, como dificultad para conciliar o mantener el sueño.

Trastorno de insomnio no especificado

780.52 (G47.00)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de insomnio que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de insomnio o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del

sueño-vigilia. La categoría del trastorno de insomnio no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia especificado, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Otro trastorno de hipersomnia especificado

780.54 (G47.19)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de hipersomnia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de hipersomnia o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría de otro trastorno de hipersomnia especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios del trastorno de hipersomnia o de algún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de hipersomnia especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "hipersomnia de corta duración", como en el síndrome de Kleine-Levin).

Trastorno de hipersomnia no especificado

780.54 (G47.10)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de hipersomnia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de hipersomnia o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia. La categoría del trastorno de hipersomnia no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios del trastorno de hipersomnia o de un trastorno del sueño-vigilia especificado, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Otro trastorno del sueño-vigilia especificado

780.59 (G47.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia y no reúnen las condiciones para un diagnóstico de otro trastorno de insomnio especificado o de otro trastorno de hipersomnia especificado. La categoría de otro trastorno del sueño-vigilia especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno del sueño-vigilia específico. Esto se hace registrando "otro trastorno del sueño-vigilia especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "despertares repetidos durante el sueño REM sin polisomnografía ni antecedentes de enfermedad de Parkinson u otra sinucleinopatía").

Trastorno del sueño-vigilia no especificado

780.59 (G47.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno del sueño-vigilia que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del sueño-vigilia y no reúnen las condiciones para un diagnóstico de trastorno de insomnio no especificado o de trastorno de hipersomnia no especificado. La categoría del trastorno del sueño-vigilia no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno del sueño-vigilia especificado, e incluye presentaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

<= Ir al Índice

Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales incluyen la eyaculación retardada, el trastorno eréctil, el trastorno orgásmico femenino, el trastorno del interés/excitación sexual femenino, el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, la eyaculación prematura (precoz), la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos, otra disfunción sexual especificada y la disfunción sexual no especificada. Las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual. Un individuo puede tener varias disfunciones sexuales a la vez. En estos casos deben diagnosticarse todas las disfunciones.

Debe utilizarse el juicio clínico para determinar si las dificultades sexuales son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos, puede que sea necesario un seguimiento, pero no se haría un diagnóstico de disfunción sexual. Estos casos pueden incluir, entre otros, situaciones en las que una falta de conocimientos acerca de la estimulación eficaz impida experimentar la excitación o el orgasmo.

Se utilizan subtipos para especificar el inicio de las dificultades. En muchos sujetos con disfunciones sexuales, el momento de inicio puede indicar etiologías e intervenciones diferentes. *De por vida* indica que el problema sexual está presente desde las primeras experiencias sexuales; *adquirido* se aplica a los trastornos sexuales que se desarrollan tras un período de actividad sexual relativamente normal. *Generalizado* se refiere a las dificultades sexuales que no se limitan a ciertos tipos de estimulación, situación o pareja, y *situacional* se refiere a las dificultades sexuales que sólo ocurren con ciertos tipos de estimulación, situación o pareja.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, en la evaluación de la disfunción sexual deben considerarse varios factores, dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento y pueden contribuir, en grados diferentes, a los problemas de los distintos individuos: 1) factores de pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., comunicación mala, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) y factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual o el placer, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento.

Al realizar un juicio clínico acerca del diagnóstico de disfunción sexual, deben considerarse los factores culturales que pueden influir en las expectativas o dar lugar a prohibiciones en relación al hecho de experimentar placer sexual. El envejecimiento puede asociarse a una disminución normal de la respuesta sexual.

Aunque la respuesta sexual tiene requisitos biológicos de base, habitualmente se experimenta en un contexto intrapersonal, interpersonal y cultural. Así pues, la función sexual supone una compleja interacción entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos. En muchos contextos clínicos no se conoce con precisión la etiología del problema sexual. Sin embargo, el diagnóstico de disfunción sexual requiere descartar problemas que se expliquen mejor por un trastorno mental no sexual, por los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento), por una afección médica (p. ej., una lesión de nervios pélvicos) o por un conflicto importante en la relación, la violencia de pareja u otros factores de estrés.

Si la disfunción sexual se puede explicar mayoritariamente por otro trastorno mental no sexual (p. ej., un trastorno depresivo o bipolar, un trastorno de ansiedad, un trastorno de estrés

<= Ir a la Clasificación

postraumático, un trastorno psicótico), entonces sólo debe diagnosticarse el otro trastorno mental. Si se considera que el problema se explica mejor por el uso/mal uso o abstinencia de una droga o sustancia, debe ser diagnosticado como disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. Si la disfunción sexual es atribuible a otra afección médica (p. ej., neuropatía periférica), el individuo no recibiría un diagnóstico psiquiátrico. Si las dificultades sexuales se explican mejor por un conflicto importante en la relación, violencia de pareja o factores de estrés significativos, no se diagnostica la disfunción sexual, pero se puede catalogar con un código V o Z apropiado para el problema de relación o el factor de estrés. En muchos casos no se puede establecer una relación etiológica precisa entre otra afección (p. ej., una afección médica) y una disfunción sexual.

Eyaculación retardada

Criterios diagnósticos 302.74 (F52.32)

A. Se debe experimentar alguno de los siguientes síntomas en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 %) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos) y sin que el individuo desee el retardo:
   1. Retardo marcado de la eyaculación.
   2. Infrecuencia marcada o ausencia de eyaculación.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

La característica distintiva de la eyaculación retardada es el retraso marcado o la incapacidad para alcanzar la eyaculación (Criterio A). El varón refiere dificultad o incapacidad para eyacular a pesar de la presencia de estimulación sexual adecuada y de deseo de eyacular. La dificultad suele aparecer durante la actividad sexual con una pareja. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se hará en base a lo referido por el propio individuo. La definición de "retardo" no tiene límites precisos, puesto que no hay consenso acerca de qué constituye un tiempo razonable para alcanzar el orgasmo o qué supone un retardo inaceptable para la mayoría de los varones y sus parejas sexuales.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El varón y su pareja pueden referir haber realizado intentos prolongados para alcanzar el orgasmo hasta el punto de producir agotamiento o molestias genitales, y después haber dejado de intentarlo.

Algunos varones pueden referir que evitan la actividad sexual debido a un patrón repetido de dificultades para eyacular. Algunas parejas sexuales pueden referir sentirse menos atractivas sexualmente porque su pareja no eyacula con facilidad.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, en la evaluación y el diagnóstico de la eyaculación retardada se deben considerar los siguientes 5 factores, puesto que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., escasa comunicación, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) y factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de distinta manera a los síntomas que presentan los diferentes hombres con este trastorno.

Prevalencia

La prevalencia no está clara debido a la ausencia de una definición precisa para este síndrome. Es la queja sexual masculina menos frecuente. Sólo el 75 % de los varones refiere eyacular siempre durante la actividad sexual, y menos del 1 % de los hombres referirá problemas para alcanzar la eyaculación de más de 6 meses de duración.

Desarrollo y curso

La eyaculación retardada de por vida comienza con las experiencias sexuales tempranas y continúa a lo largo de toda la vida. Por definición, la eyaculación retardada adquirida comienza tras un período de función sexual normal. Existen unos datos científicos mínimos acerca del curso de la eyaculación retardada adquirida. La prevalencia de la eyaculación retardada parece mantenerse relativamente constante hasta alrededor de los 50 años de edad, cuando la incidencia comienza a aumentar de manera significativa. Los varones cuya edad está en la década de los 80 refieren el doble de dificultades para eyacular que los menores de 59 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. La pérdida de los nervios sensoriales periféricos de conducción rápida y la disminución en la secreción de esteroides sexuales que se asocian a la edad pueden estar relacionadas con el aumento de la eyaculación retardada que aparece en los varones de más de 50 años.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las quejas de eyaculación retardada varían en los diferentes países y culturas. Dichas quejas son más comunes entre los varones de las poblaciones asiáticas que entre los varones que viven en Europa, Australia o Estados Unidos. Esta variación puede ser atribuible a diferencias culturales o genéticas entre las distintas zonas.

Consecuencias funcionales de la eyaculación retardada

Las dificultades para eyacular pueden contribuir a las dificultades para concebir. El retardo en la eyaculación a menudo se asocia a un sufrimiento psicológico importante en uno o ambos miembros de la pareja.

Diagnóstico diferencial

Otra afección médica. El diagnóstico diferencial principal se realiza entre la eyaculación retardada que se explica por completo por otra afección o lesión médica, y la eyaculación retardada con etiología psicógena, idiopática, o con una combinación de etiologías psicológica y médica. La presencia de un aspecto situacional sugiere que el problema puede tener una base psicológica (p. ej., los hombres que pueden eyacular cuando mantienen actividad sexual con personas de un sexo pero no del otro; varones que pueden eyacular con una pareja pero no con otra del mismo sexo; hombres con patrones de

excitación parafílica; hombres que requieren una actividad altamente ritualizada para poder eyacular durante la actividad sexual en pareja). Otra afección o lesión médica puede producir retrasos en la eyaculación independientemente de los aspectos psicológicos. Por ejemplo, la incapacidad para eyacular puede estar producida por una interrupción de la inervación de los genitales, como puede suceder tras una intervención quirúrgica traumática de los ganglios simpáticos lumbares, tras una cirugía abdominoperitoneal o tras una simpatectomía lumbar. Se cree que la eyaculación está controlada por el sistema nervioso autónomo a través de los nervios hipogástrico (simpático) y pudendo (parasimpático). Varios trastornos neurodegenerativos, como la esclerosis múltiple o las neuropatías alcohólica y diabética, pueden producir una incapacidad para eyacular. La eyaculación retardada también debe distinguirse de la eyaculación retrógrada (es decir, la eyaculación hacia la vejiga), que puede aparecer tras una resección transuretral de próstata.

Uso de sustancias/medicamentos. Varios agentes farmacológicos, como los antidepresivos, los antipsicóticos, los fármacos alfa-adrenérgicos y los opiáceos, pueden producir problemas en la eyaculación.

Disfunción orgásmica. Es importante recoger en la historia si la queja se refiere a un retardo en la eyaculación, en la sensación de orgasmo o en ambas. La eyaculación se produce en los genitales, mientras que la experiencia del orgasmo se considera fundamentalmente subjetiva. Eyaculación y orgasmo suelen aparecer juntos, pero no siempre. Por ejemplo, un hombre con un patrón de eyaculación normal puede referir una disminución del placer (es decir, eyaculación anhedónica). Dicha queja no se codificaría como eyaculación retardada, pero se podría codificar como otra disfunción sexual especificada o como una disfunción sexual no especificada.

Comorbilidad

Existen ciertos indicios que sugieren que la eyaculación retardada puede ser más frecuente en los casos graves de depresión mayor.

Trastorno eréctil

Criterios diagnósticos 302.72 (F52.21)

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 %) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
   1. Dificultad marcada para conseguir una erección durante la actividad sexual.
   2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
   3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:
De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:
Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno eréctil es el fracaso repetido para conseguir o mantener las erecciones durante la actividad sexual en pareja (Criterio A). Se requiere una historia sexual detallada para confirmar que el problema ha estado presente durante un período de tiempo significativo (es decir, unos 6 meses) y que sucede en la mayoría de las ocasiones de actividad sexual (es decir, al menos el 75 % de las veces). Los síntomas pueden aparecer sólo en situaciones concretas que implican determinados tipos de estimulación o de pareja, o pueden ocurrir de manera generalizada en todo tipo de situaciones, estimulaciones o parejas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Muchos hombres con trastorno eréctil pueden tener baja autoestima, poca confianza en sí mismos y un sentimiento de masculinidad disminuido, y pueden experimentar un afecto deprimido. Puede existir temor o evitación de los encuentros sexuales futuros. Es frecuente la disminución de la satisfacción y del deseo sexual en la pareja del individuo. Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, en la evaluación y el diagnóstico del trastorno eréctil se deberían considerar los siguientes 5 factores, puesto que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de mantener la actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de distinta manera a los síntomas que presentan los diferentes hombres con este trastorno.

Prevalencia

No se conoce la prevalencia del trastorno eréctil de por vida frente al adquirido. Existe un importante incremento asociado a la edad tanto en la prevalencia como en la incidencia de los problemas de erección, en especial a partir de los 50 años. Aproximadamente el 13–21 % de los varones con edades entre 40 y 80 años refiere problemas de erección frecuentes, mientras que el 40–50 % de los varones de más de 60–70 años puede tener problemas de erección significativos. Alrededor del 20 % de los varones teme presentar problemas de erección en su primera experiencia sexual, mientras que alrededor del 8 % experimentó problemas de erección que retrasaron la penetración en su primera experiencia sexual.

Desarrollo y curso

El fracaso de la erección en el primer intento sexual se ha relacionado con el hecho de que la pareja no fuese conocida previamente, con el uso concomitante de drogas o alcohol, con no desear mantener relaciones sexuales y con la presión por parte de los compañeros. Se dispone de escasos indicios acerca de la persistencia de dichos problemas después del primer intento. Se asume que la mayoría de estos problemas remite espontáneamente sin intervención profesional, pero algunos hombres pueden seguir teniendo problemas episódicos. Por el contrario, el trastorno eréctil adquirido a menudo se asocia con factores biológicos, como la diabetes o la enfermedad cardiovascular. Es probable que el trastorno eréctil sea persistente en la mayoría de los hombres.

Se desconoce el curso natural del trastorno eréctil de por vida. La observación clínica apoya la asociación del trastorno eréctil de por vida con factores psicológicos que son autolimitados o que

responden a intervenciones psicológicas, mientras que, como se mencionaba previamente, el trastorno eréctil adquirido es más probable que se relacione con factores biológicos y que sea persistente. La incidencia del trastorno eréctil aumenta con la edad. Una minoría de hombres diagnosticados de trastorno eréctil moderado puede tener una remisión espontánea de los síntomas sin intervención médica. El sufrimiento asociado al trastorno eréctil es menor en los varones mayores que en los más jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los rasgos de personalidad neuróticos pueden asociarse con problemas de erección en los estudiantes universitarios, y los rasgos de personalidad sumisos pueden asociarse con problemas de erección en los hombres de 40 años o más. La *alexitimia* (es decir, el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones) es común entre los hombres diagnosticados de disfunción eréctil "psicógena". Los problemas de erección son comunes en los varones diagnosticados de depresión y de trastorno de estrés postraumático.

Modificadores de curso. Los factores de riesgo para el trastorno eréctil adquirido son la edad, el tabaquismo, la falta de ejercicio físico, la diabetes y el deseo disminuido.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las quejas de trastorno eréctil varían en los diferentes países. No está claro hasta qué punto estas diferencias representan diferencias en las expectativas culturales, en lugar de verdaderas diferencias en la frecuencia del fracaso de la erección.

Marcadores diagnósticos

Se pueden utilizar las pruebas de tumescencia peneana nocturna y la medición de la turgencia eréctil durante el sueño para ayudar a diferenciar los problemas de erección orgánicos de los psicógenos, asumiendo que las erecciones adecuadas durante el sueño REM (movimientos oculares rápidos) indicarían una etiología psicológica del problema. Se pueden utilizar otros procedimientos diagnósticos dependiendo de la relevancia que les conceda el clínico, basándose en la edad del sujeto, los problemas médicos comórbidos y la presentación clínica. Para evaluar la integridad vascular se puede utilizar la ecografía Doppler y la inyección intravascular de sustancias vasoactivas, además de procedimientos diagnósticos como la cavernosografía de infusión dinámica. Se pueden utilizar estudios de conducción del nervio pudendo, como los potenciales evocados somatosensoriales, cuando se sospecha una neuropatía periférica. En los varones que también refieren una disminución del deseo sexual, a menudo se determina la testosterona biodisponible o libre en el suero para dilucidar si la disfunción es secundaria a factores endocrinológicos. También se puede valorar la función tiroidea. La determinación de la glucosa sérica en ayunas es útil para el cribado de la diabetes *mellitus*. La determinación de los lípidos séricos es importante, ya que el trastorno eréctil en los varones de 40 años o más es un factor de predicción para el riesgo futuro de enfermedad coronaria.

Consecuencias funcionales del trastorno eréctil

El trastorno eréctil puede interferir con la fertilidad y producir sufrimiento tanto individual como interpersonal. El temor o la evitación de los encuentros sexuales pueden interferir con la capacidad para desarrollar relaciones íntimas.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. El trastorno de depresión mayor y el trastorno eréctil están íntimamente relacionados. El trastorno eréctil puede aparecer acompañando a un trastorno de depresión mayor grave.

Función eréctil normal. Dentro del diagnóstico diferencial se debería considerar la posibilidad de una función eréctil normal en los varones con expectativas excesivas.

Uso de sustancias/medicamentos. Se debería realizar otro diagnóstico diferencial fundamental cuando el problema de la erección es secundario al uso de sustancias/medicamentos. Un inicio del problema que coincide con el comienzo del uso de la sustancia/medicamento y que desaparece con la suspensión o reducción de dosis de la sustancia/medicamento sugiere una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

Otra afección médica. El aspecto más difícil del diagnóstico diferencial del trastorno eréctil es descartar los problemas de erección que se explican por completo por factores médicos. Estos casos no recibirían un diagnóstico de trastorno mental. La distinción entre el trastorno eréctil como trastorno mental y la disfunción eréctil como resultado de otra afección médica habitualmente no está clara, y muchos casos van a tener una compleja interacción de etiologías biológicas y psiquiátricas. Si el individuo es mayor de 40–50 años o tiene problemas médicos concomitantes, el diagnóstico diferencial debería incluir las etiologías médicas, en especial la enfermedad vascular. La presencia de una enfermedad orgánica que pueda causar problemas de erección no es suficiente para confirmar una relación causal. Por ejemplo, un hombre con diabetes *mellitus* puede desarrollar un trastorno eréctil en respuesta al estrés psicológico. En general, la disfunción eréctil debida a factores orgánicos es generalizada y de inicio gradual. Una excepción serían los problemas de erección tras una lesión traumática de la inervación de los órganos genitales (p. ej., las lesiones de médula espinal). Los problemas de erección que son situacionales e inconstantes y que tienen un inicio agudo tras un acontecimiento vital estresante se deben con mayor frecuencia a sucesos psicológicos. Una edad por debajo de los 40 años también sugiere una etiología psicológica de la disfunción.

Otras disfunciones sexuales. El trastorno eréctil puede coexistir con la eyaculación prematura (precoz) y con el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Comorbilidad

El trastorno eréctil puede presentar comorbilidad con otros diagnósticos de tipo sexual, como la eyaculación prematura (precoz) o el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, así como con los trastornos de ansiedad y depresivos. El trastorno eréctil es común en los hombres con síntomas de vías urinarias inferiores relacionados con la hipertrofia de próstata. El trastorno eréctil puede presentar comorbilidad con la dislipidemia, la enfermedad cardiovascular, el hipogonadismo, la esclerosis múltiple, la diabetes *mellitus* y otros trastornos que interfieren con la función vascular, neurológica o endocrina necesaria para una función eréctil normal.

Relación con la Clasificación Internacional de Enfermedades

La respuesta eréctil se codifica como fracaso de la respuesta genital en la CIE-10 (F52.2).

Trastorno orgásmico femenino

Criterios diagnósticos 302.73 (F52.31)

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 %) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
   1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
   2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en la persona.
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes

significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar si:

Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por una dificultad para experimentar el orgasmo o una marcada disminución en la intensidad de las sensaciones orgásmicas (Criterio A). Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que les produce un orgasmo. Asimismo, las descripciones subjetivas del orgasmo son extremadamente variadas, lo que sugiere que se experimenta de maneras muy distintas en las diferentes mujeres y, en la misma mujer, en diferentes ocasiones. Para diagnosticar un trastorno orgásmico femenino, los síntomas deben experimentarse en todas o casi todas las ocasiones (aproximadamente, el 75–100 %) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos), y debe tener una duración mínima de unos 6 meses. El uso de criterios mínimos de gravedad y de duración pretende distinguir las dificultades orgásmicas transitorias de la disfunción orgásmica más persistente. La inclusión del término "unos" en el Criterio B permite decidir, a juicio del clínico, en aquellos casos en los que la duración de los síntomas no cumpla el umbral recomendado de 6 meses.

Para que una mujer sea diagnosticada de trastorno orgásmico femenino debe haber un malestar clínicamente significativo asociado a los síntomas (Criterio C). En muchos casos de problemas orgásmicos, las causas son multifactoriales o no se pueden determinar. Si se considera que el trastorno orgásmico femenino se podría explicar mejor por otro trastorno mental, por los efectos de una sustancia/medicamento o por una afección médica, no se haría el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino. Por último, si hay factores interpersonales o contextuales significativos, como una alteración grave de la relación, violencia de género u otros factores estresantes de importancia, no se haría el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Muchas mujeres requieren la estimulación del clítoris para alcanzar el orgasmo, y la proporción de mujeres que refiere que siempre experimenta un orgasmo durante el coito peneano-vaginal es relativamente pequeña. De este modo, el hecho de que una mujer experimente el orgasmo a través de la estimulación del clítoris pero no durante el coito no cumple los criterios para el diagnóstico clínico de trastorno orgásmico femenino. También es importante tener en cuenta si las dificultades orgásmicas son el resultado de una estimulación sexual inadecuada; en estos casos puede que sea necesario un seguimiento, pero no se haría un diagnóstico de trastorno orgásmico femenino.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En general, no se ha respaldado la asociación entre determinados patrones de rasgos de personalidad o de psicopatología específicos y la disfunción orgásmica. En comparación con las mujeres que no tienen este trastorno, algunas mujeres con trastorno orgásmico femenino pueden tener mayores dificultades de comunicación en lo referente a cuestiones sexuales. Sin embargo, la satisfacción sexual global no se correlaciona de manera importante con la experimentación del orgasmo. Muchas mujeres refieren un alto grado de satisfac-

ción sexual a pesar de que rara vez o nunca experimentan orgasmos. Las dificultades orgásmicas en las mujeres aparecen a menudo junto con problemas relacionados con el interés y la excitación sexuales.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, en la evaluación y el diagnóstico del trastorno orgásmico femenino se deben considerar los siguientes 5 factores, puesto que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., mala comunicación, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad), o factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de distinta manera a los síntomas que presentan las diferentes mujeres con este trastorno.

Prevalencia

Las tasas de prevalencia encontradas para el trastorno orgásmico femenino varían mucho, entre el 10 y el 42 %, dependiendo de múltiples factores (p. ej., la edad, la cultura, la duración y la gravedad de los síntomas); sin embargo, estas estimaciones no tienen en cuenta la presencia de malestar. Sólo una parte de las mujeres que presentan dificultades orgásmicas refiere malestar asociado. La variabilidad en la forma de evaluar los síntomas (p. ej., la duración de los síntomas y el período de recuerdo) también tienen influencia sobre las tasas de prevalencia. Alrededor del 10 % de las mujeres no experimenta un orgasmo en toda su vida.

Desarrollo y curso

Por definición, el trastorno orgásmico femenino de por vida indica que siempre han existido las dificultades orgásmicas, mientras que se diagnosticaría el subtipo adquirido si las dificultades orgásmicas de la mujer aparecieron tras un período de funcionamiento orgásmico normal.

La primera experiencia orgásmica de una mujer puede suceder en cualquier momento desde el período prepuberal hasta bien entrada la edad adulta. Las mujeres presentan un patrón de edad para el primer orgasmo más variable que los hombres, y con la edad aumenta el número de mujeres que refiere haber experimentado un orgasmo. Muchas mujeres aprenden a experimentar el orgasmo a medida que experimentan una amplia variedad de estimulaciones y adquieren más conocimiento acerca de su cuerpo. La constancia del orgasmo (definida como experimentar un orgasmo "habitualmente o siempre") en las mujeres es mayor durante la masturbación que durante la actividad sexual con una pareja.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Un amplio abanico de factores psicológicos, como la ansiedad o la preocupación por el embarazo, pueden interferir potencialmente con la capacidad de una mujer para experimentar el orgasmo.

Ambientales. Existe una importante asociación entre los problemas de relación, la salud física y la salud mental, y las dificultades orgásmicas en las mujeres. Los factores socioculturales (p. ej., las expectativas de rol de género y las normas religiosas) también son influencias importantes a la hora de experimentar dificultades orgásmicas.

Genéticos y fisiológicos. Hay muchos factores fisiológicos que pueden influir en la experiencia del orgasmo de una mujer, entre los que están las afecciones médicas y los medicamentos. Patologías como la esclerosis múltiple, la lesión de los nervios pélvicos secundaria a una histerectomía radical o la lesión de la médula espinal pueden influir en el funcionamiento orgásmico en las mujeres. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden retrasar o inhibir el orgasmo en las mujeres. Las mujeres con atrofia vulvovaginal (caracterizada por síntomas como sequedad vaginal, picores y dolor) tienen una probabilidad significativamente mayor de presentar dificultades en el orgasmo que las mujeres sin este trastorno. La menopausia no se ha asociado de manera consistente con la probabilidad de presentar dificultades orgásmicas. Puede haber una contribución genética significativa en la variabilidad de la función orgásmica femenina. Sin embargo, probablemente se

produce una compleja interacción entre los factores psicológicos, socioculturales y fisiológicos que influyen en la experiencia del orgasmo y en las dificultades orgásmicas en las mujeres.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El grado en el que la ausencia de orgasmo en las mujeres se considera un problema que requiere tratamiento depende del contexto cultural. Además, las mujeres difieren en el grado de importancia que tiene el orgasmo para su satisfacción sexual. Puede haber marcadas diferencias socioculturales y generacionales en la capacidad orgásmica de las mujeres. Por ejemplo, la prevalencia de la incapacidad para alcanzar el orgasmo oscila entre el 17,7 % (en el norte de Europa) y el 42,2 % (en el sudeste asiático).

Marcadores diagnósticos

Aunque durante el orgasmo femenino aparecen cambios fisiológicos evaluables, como cambios en las hormonas, en la musculatura del suelo pélvico y en la activación cerebral, se aprecia una variabilidad significativa en estos indicadores del orgasmo entre las mujeres. En las situaciones clínicas, el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino se basa en lo referido por la propia mujer.

Consecuencias funcionales del trastorno orgásmico femenino

Las consecuencias funcionales del trastorno orgásmico femenino están poco claras. Aunque hay una importante asociación entre los problemas de relación y las dificultades orgásmicas en las mujeres, no está claro si los factores de la relación suponen factores de riesgo para las dificultades orgásmicas o si son consecuencia de esas dificultades.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Hay trastornos mentales no sexuales, como el trastorno de depresión mayor, que se caracteriza por una disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades, que pueden explicar el trastorno orgásmico femenino. Si las dificultades orgásmicas se explican mejor por otro trastorno mental, no se diagnosticaría el trastorno orgásmico femenino.

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. El uso de sustancias/medicamentos puede explicar las dificultades orgásmicas.

Otra afección médica. Si el trastorno se debe a otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal), no se diagnosticaría el trastorno orgásmico femenino.

Factores interpersonales. Si hay factores interpersonales o contextuales importantes asociados con las dificultades orgásmicas, como una alteración grave de la relación, violencia de género u otros factores estresantes significativos, no se diagnosticaría el trastorno orgásmico femenino.

Otras disfunciones sexuales. El trastorno orgásmico femenino puede aparecer en asociación con otras disfunciones sexuales (p. ej., con el trastorno del interés/excitación sexual femenino). La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino. Las dificultades orgásmicas ocasionales que son de breve duración o infrecuentes y que no se acompañan de un malestar o de una disfunción clínicamente significativos no se diagnostican como trastorno orgásmico femenino. Tampoco es apropiado hacer este diagnóstico si los problemas son el resultado de una estimulación sexual inadecuada.

Comorbilidad

Las mujeres con trastorno orgásmico femenino pueden tener dificultades concurrentes en el interés/excitación sexual. Las mujeres diagnosticadas de otros trastornos mentales no sexuales, como el trastorno de depresión mayor, pueden experimentar menor interés/excitación sexual, y esto puede aumentar indirectamente la probabilidad de tener dificultades orgásmicas.

Trastorno del interés/excitación sexual femenino

Criterios diagnósticos 302.72 (F52.22)

A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:

1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 %) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 %) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:
De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:
Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:
Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

Al evaluar el trastorno del interés/excitación sexual femenino se debe tener en cuenta el contexto interpersonal. Una "discrepancia en el deseo", cuando la mujer tiene menor deseo de mantener actividad sexual que su pareja, no es suficiente para diagnosticar un trastorno del interés/excitación sexual femenino. Para que se cumplan los criterios del trastorno debe haber ausencia o reducción de la frecuencia o la intensidad de, al menos, 3 de 6 indicadores (Criterio A) durante un período mínimo de 6 meses (Criterio B). Puede haber diferentes perfiles sintomáticos en las distintas mujeres, así como variabilidad en la manera de expresar el interés y la excitación sexuales. Por ejemplo, en una mujer, el trastorno del interés/excitación sexual puede expresarse como una falta de interés en la actividad sexual, una ausencia de pensamientos eróticos o sexuales, y una reticencia a iniciar la actividad sexual y a responder a las invitaciones sexuales de una pareja. En otra mujer, las características principales pueden ser la incapacidad para excitarse sexualmente y para responder con deseo sexual a los estímulos sexuales, con la

correspondiente ausencia de signos físicos de excitación sexual. Puesto que el deseo y la excitación sexuales a menudo coexisten y surgen en respuesta a estímulos adecuados de tipo sexual, los criterios para el trastorno del interés/excitación sexual femenino tienen en cuenta que las dificultades en el deseo y en la excitación a menudo aparecen de manera simultánea en las mujeres con este trastorno. Los cambios de breve duración en el interés o la excitación sexual son comunes, pueden ser respuestas adaptativas a sucesos de la vida de la mujer y no constituyen una disfunción sexual. El diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino requiere una duración mínima de unos 6 meses, como reflejo de que los síntomas deben constituir un problema persistente. La persistencia puede valorarse a juicio del clínico cuando no sea posible verificar con precisión que la duración haya sido de 6 meses.

Puede haber ausencia o disminución de la frecuencia o intensidad del interés en la actividad sexual (Criterio A1), lo que previamente se denominaba *trastorno del deseo sexual hipoactivo*. La frecuencia o la intensidad de los pensamientos o de las fantasías sexuales o eróticas puede ser nula o estar reducida (Criterio A2). La expresión de las fantasías varía ampliamente entre las mujeres y puede incluir recuerdos de experiencias sexuales pasadas. Al evaluar este criterio se debería tener en cuenta la habitual disminución de los pensamientos sexuales que aparece con la edad. La ausencia o la disminución de la frecuencia en el inicio de la actividad sexual y de la receptividad a las invitaciones sexuales de la pareja (Criterio A3) es un criterio centrado en la conducta. Las creencias y las preferencias de la pareja en cuanto a los patrones de inicio sexual son altamente relevantes para la evaluación de este criterio. Puede haber ausencia o reducción de la excitación o del placer sexual durante la actividad sexual en todos o casi todos (aproximadamente el 75–100 %) los encuentros sexuales (Criterio A4). La ausencia de placer es una queja que presentan comúnmente las mujeres con deseo reducido. Entre las mujeres que refieren deseo sexual reducido existen menos estímulos sexuales o eróticos que despierten el interés o la excitación sexual (es decir, que la "respuesta de deseo" está ausente). Evaluar la adecuación de los estímulos sexuales ayudará a determinar si existen dificultades con la respuesta de deseo sexual (Criterio A5). La frecuencia o la intensidad de las sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual puede ser nula o estar reducida (Criterio A6). Puede existir una disminución de la lubricación/vasocongestión vaginal, pero puesto que las medidas fisiológicas de la respuesta genital sexual no diferencian a las mujeres que refieren problemas de excitación sexual de aquellas otras que no los refieren, será suficiente contar con la ausencia o la reducción de las sensaciones genitales o no genitales referidas por la propia mujer.

Para diagnosticar el trastorno del interés/excitación sexual femenino, debe haber un malestar clínicamente significativo acompañando a los síntomas del Criterio A. El malestar puede experimentarse como resultado de la falta de interés/excitación sexual o como resultado de una interferencia significativa en la vida y el bienestar de la mujer. Si una ausencia de deseo sexual de por vida se explica mejor por la identificación como "asexual" que la propia mujer hace de sí misma, no se diagnosticaría un trastorno del interés/excitación sexual femenino.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno del interés/excitación sexual femenino se asocia con frecuencia a dificultades para experimentar el orgasmo, a dolor durante la actividad sexual, a una actividad sexual infrecuente y a discrepancias de deseo en la pareja. Las dificultades en la relación y los trastornos del estado de ánimo también son características que se asocian con frecuencia al trastorno del interés/excitación sexual femenino. Las expectativas y los estándares poco realistas respecto al nivel "apropiado" de interés o excitación sexual, junto con unas técnicas sexuales pobres y falta de información acerca de la sexualidad, también pueden ser evidentes en las mujeres diagnosticadas de trastorno del interés/excitación sexual femenino. Estos factores, junto con las creencias habituales acerca de los roles de género, son circunstancias importantes a tenerse en cuenta.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, en la evaluación y el diagnóstico del trastorno del interés/excitación sexual femenino deben considerarse los siguientes 5 factores, puesto que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., comunicación escasa, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores

médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento. Nótese que cada uno de estos factores puede contribuir de distinta manera a los síntomas que presentan las diferentes mujeres con este trastorno.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno del interés/excitación sexual femenino, tal y como se define en este manual, se desconoce. La prevalencia del deseo sexual disminuido y de los problemas de excitación sexual (con o sin malestar asociado), tal y como se definen en el DSM-IV o en la CIE-10, puede variar de forma marcada en relación a la edad, el entorno cultural, la duración de los síntomas y la presencia de malestar asociado. En cuanto a la duración de los síntomas, existen diferencias llamativas entre las estimaciones de la prevalencia de los problemas de duración breve y los problemas persistentes relativos a la falta de interés sexual. Cuando se requiere un malestar asociado al funcionamiento sexual, las estimaciones de la prevalencia son marcadamente inferiores. Algunas mujeres mayores refieren menor malestar asociado al deseo sexual disminuido que las mujeres más jóvenes, aunque el deseo sexual puede disminuir con la edad.

Desarrollo y curso

Por definición, el trastorno del interés/excitación sexual femenino de por vida sugiere que la falta de interés o de excitación sexual ha estado presente durante toda la vida sexual de la mujer. Para los Criterios A3, A4 y A6, que evalúan el funcionamiento durante la actividad sexual, el subtipo de por vida significaría la presencia de síntomas desde las primeras experiencias sexuales de la persona. Se asignaría el subtipo adquirido si las dificultades con el interés o la excitación sexual se desarrollaron tras un período de funcionamiento sexual no problemático. Puede haber cambios adaptativos y normales en el funcionamiento sexual, que pueden ser transitorios, como resultado de los acontecimientos de pareja, interpersonales o personales. Sin embargo, la persistencia de los síntomas durante unos 6 meses o más constituiría una disfunción sexual.

Hay cambios normales en el interés y la excitación sexual a lo largo de la vida. Además, frente a las mujeres con parejas desde hace menos tiempo, las mujeres con parejas de mayor duración refieren una mayor frecuencia de relaciones sexuales en las que, al principio del encuentro, el deseo sexual está poco claro. En las mujeres mayores, la sequedad vaginal se asocia a la edad y a la menopausia.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores temperamentales incluyen las cogniciones y las actitudes negativas acerca de la sexualidad y los antecedentes de trastornos mentales. Las diferencias en la propensión a excitarse sexualmente y en la inhibición sexual también pueden predecir la probabilidad de desarrollar problemas sexuales.

Ambientales. Los factores ambientales incluyen las dificultades en la relación, el funcionamiento sexual de la pareja, la historia del desarrollo, así como las relaciones tempranas con los cuidadores o los factores estresantes en la infancia.

Genéticos y fisiológicos. Algunas afecciones médicas (p. ej., la diabetes *mellitus*, la disfunción tiroidea) pueden ser factores de riesgo para el trastorno del interés/excitación sexual femenino. Parece haber una importante influencia de los factores genéticos en la vulnerabilidad para desarrollar problemas sexuales en las mujeres. En las investigaciones psicofisiológicas mediante fotopletismografía vaginal no se han encontrado diferencias entre las mujeres con ausencia y con presencia de excitación genital.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Hay una marcada variabilidad en las tasas de prevalencia del deseo sexual disminuido en las diferentes culturas. Pueden ser más comunes las tasas bajas de deseo sexual entre las mujeres del este asiático que entre las mujeres eurocanadienses. Aunque los menores niveles de deseo y excitación sexual que se han descrito en los hombres y las mujeres de los países del este asiático en comparación con las poblaciones euroamericanas podrían reflejar un menor interés por el sexo en esas culturas, cabe la posibilidad de que estas diferencias de grupo sean un artefacto de las medidas utilizadas para cuantificar el deseo. A la hora

de decidir si el deseo sexual disminuido referido por una mujer de determinado grupo etnocultural cumple los criterios del trastorno del interés/excitación sexual femenino, se debería tener en cuenta el hecho de que las diferentes culturas podrían considerar patológicos determinados comportamientos y no otros.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Por definición, el diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino sólo se realiza en las mujeres. Los problemas relacionados con el deseo sexual que provocan malestar en los hombres se consideran en el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Consecuencias emocionales del trastorno del interés/excitación sexual femenino

Las dificultades relacionadas con el interés o la excitación sexual a menudo se asocian a una menor satisfacción con las relaciones.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Existen trastornos mentales no sexuales, como el trastorno de depresión mayor, en el que hay "una disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días", que pueden explicar la falta de interés/excitación sexual. Si la falta de interés/excitación puede atribuirse por completo a otro trastorno mental, no se diagnosticaría el trastorno del interés/excitación sexual femenino.

Uso de sustancias/medicamentos. El uso de sustancias/medicamentos puede explicar la falta de interés/excitación.

Otra afección médica. Si se considera que los síntomas sexuales están asociados casi exclusivamente a los efectos de otra afección médica (p. ej., la diabetes *mellitus*, enfermedad endotelial, disfunción tiroidea, enfermedad del sistema nervioso central), no se diagnosticaría un trastorno del interés/excitación sexual femenino.

Factores interpersonales. Si hay factores interpersonales o contextuales importantes asociados con los síntomas de interés/excitación sexual, como una alteración grave de la relación, violencia de género u otros factores estresantes significativos, no se diagnosticaría el trastorno del interés/excitación sexual femenino.

Otras disfunciones sexuales. La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino. Es común que las mujeres experimenten más de una disfunción sexual. Por ejemplo, la presencia de dolor genital crónico puede llevar a una falta de deseo de mantener relaciones sexuales (dolorosas). La falta de interés y de excitación durante la actividad sexual puede afectar a la capacidad orgásmica. Para algunas mujeres, todos los aspectos de la respuesta sexual pueden ser insatisfactorios y angustiantes.

Estímulos sexuales inadecuados o ausentes. Cuando se considera el diagnóstico diferencial, es importante evaluar la adecuación de los estímulos sexuales que ha habido en la experiencia sexual de la mujer. En los casos en que hay estímulos sexuales inadecuados o ausentes que están contribuyendo al cuadro clínico puede estar indicado hacer un seguimiento, pero no se haría el diagnóstico de disfunción sexual. Asimismo, deben considerarse en el diagnóstico diferencial las alteraciones transitorias y adaptativas del funcionamiento sexual que son secundarias a acontecimientos vitales o personales significativos.

Comorbilidad

La comorbilidad entre los problemas del interés/excitación sexual y otras dificultades sexuales es muy común. El malestar sexual y la insatisfacción con la vida sexual también están muy relacionados con el deseo sexual disminuido de las mujeres. El deseo sexual disminuido causante de malestar se asocia a la depresión, los problemas tiroideos, la ansiedad, la incontinencia urinaria y otros factores médicos. La artritis, la enfermedad inflamatoria intestinal y el colon irritable también se asocian a problemas de

excitación sexual. El deseo disminuido parece presentar comorbilidad con la depresión, los abusos sexuales y físicos en la edad adulta, el funcionamiento mental global y el consumo de alcohol.

Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración

Criterios diagnósticos 302.76 (F52.6)

A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:
   1. Penetración vaginal durante las relaciones.
   2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
   3. Marcado temor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
   4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.
Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.
Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

El trastorno de dolor génito-pélvico/penetración hace referencia a cuatro dimensiones de síntomas que a menudo presentan comorbilidad entre sí: 1) dificultades para mantener relaciones sexuales, 2) dolor génito-pélvico, 3) temor al dolor o a la penetración vaginal y 4) tensión en los músculos del suelo pélvico (Criterio A). Puesto que las dificultades importantes en cualquiera de estas dimensiones sintomáticas a menudo resultan suficientes para provocar un malestar clínicamente significativo, el diagnóstico se podría hacer basándose en las dificultades marcadas en una sola de las dimensiones de síntomas. Sin embargo, aunque sea posible hacer el diagnóstico basándose en una única dimensión sintomática, se deberían evaluar las cuatro dimensiones.

Las dificultades importantes para las relaciones/penetración vaginal (Criterio A1) pueden oscilar desde la incapacidad total para experimentar una penetración vaginal en cualquier situación (p. ej., relaciones sexuales, exploraciones ginecológicas, inserción de tampones) hasta la capacidad para experimentar penetraciones fácilmente en una situación pero no en otra. Aunque la situación clínica más frecuente es la incapacidad de experimentar relaciones o penetración con una pareja, también puede haber dificultades para someterse a una exploración ginecológica. *El dolor vulvovaginal o pélvico marcado durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración* (Criterio A2) hace referencia al dolor que aparece en las diferentes partes del área génito-pélvica. Deben evaluarse la localización así como la intensidad del dolor. El dolor típicamente puede describirse como superficial (vulvovaginal o que aparece durante la penetración) o profundo (pélvico, es decir, que no aparece hasta que la penetración es más profunda). La intensidad del dolor a menudo no se relaciona de manera lineal ni con el malestar ni con la interferencia con las relaciones u otras actividades sexuales. A veces el dolor génito-pélvico sólo aparece cuando es provocado (es decir, por las relaciones o por la estimulación mecánica);

otras veces, el dolor génito-pélvico puede ser espontáneo además de provocado. El dolor génito-pélvico también puede caracterizarse cualitativamente (p. ej., "quemar", "cortar", "disparar", "palpitar"). El dolor puede persistir durante un tiempo tras finalizar la relación sexual y también puede aparecer durante la micción. El dolor experimentado durante las relaciones sexuales puede reproducirse característicamente durante una exploración ginecológica.

Las mujeres que han experimentado dolor de manera habitual durante las relaciones sexuales refieren frecuentemente un marcado temor o ansiedad por sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal (Criterio A3). Esta reacción "normal" puede llevar a la evitación de situaciones sexuales/íntimas. En otros casos, este marcado temor no parece estar muy relacionado con haber experimentado dolor y, sin embargo, conduce a evitar las relaciones y las situaciones de penetración vaginal. Esto ha sido descrito como algo similar a una reacción fóbica, sólo que el objeto fóbico puede ser la penetración vaginal o el temor al dolor. *La tensión o la contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal* (Criterio A4) puede oscilar desde unos espasmos de apariencia refleja del suelo pélvico en respuesta a los intentos de penetración hasta una defensa muscular "normal/voluntaria" que se produce ante la experiencia anticipada o repetida de dolor, o como respuesta al temor o a la ansiedad. En los casos de reacciones "normales/de alerta", la penetración sería posible en circunstancias de relajación. A menudo, lo mejor es que la caracterización y la evaluación de la disfunción del suelo pélvico las haga un ginecólogo especializado o un fisioterapeuta del suelo pélvico.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno de dolor génito-pélvico/penetración a menudo se asocia con otras disfunciones sexuales, en especial con el deseo e interés sexual disminuidos (trastorno del interés/excitación sexual femenino). A veces, el deseo y el interés están conservados en las situaciones sexuales que no son dolorosas o que no requieren penetración. Incluso cuando los individuos con trastorno de dolor génito-pélvico/penetración refieren tener interés/motivación sexual, a menudo hay conductas de evitación de las situaciones y de las oportunidades sexuales. También es frecuente la evitación de las exploraciones ginecológicas a pesar de las recomendaciones médicas. El patrón de evitación es similar al que se aprecia en los trastornos fóbicos. Es común que las mujeres que no han podido mantener relaciones sexuales acudan a buscar tratamiento únicamente cuando desean concebir. Muchas mujeres con trastorno de dolor génito-pélvico/penetración sufrirán problemas de relación/maritales asociados; también refieren a menudo que los síntomas reducen significativamente sus sentimientos de feminidad.

Además de los subtipos de por vida/adquirido, en la evaluación y el diagnóstico del trastorno de dolor génito-pélvico/penetración deben considerarse cinco factores, ya que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., comunicación pobre, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento. Cada uno de estos factores puede contribuir de distinta manera a los síntomas que presentan las diferentes mujeres con este trastorno.

No hay medidas fisiológicas válidas para ninguna de las dimensiones de síntomas que componen el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración. Se pueden utilizar inventarios psicométricos validados para evaluar formalmente los componentes de dolor y de ansiedad asociados al trastorno de dolor génito-pélvico/penetración.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de dolor génito-pélvico/penetración no se conoce. Sin embargo, aproximadamente el 15 % de las mujeres de América del Norte refiere dolor recurrente durante las relaciones. Las dificultades para mantener relaciones parecen ser un motivo frecuente de derivación a las consultas de disfunción sexual y a los especialistas clínicos.

Desarrollo y curso

El desarrollo y el curso del trastorno de dolor génito-pélvico/penetración no está claro. Puesto que las mujeres generalmente no buscan tratamiento hasta que experimentan problemas en el funcionamiento sexual, en general puede ser difícil caracterizar el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración como de por vida (primario) o adquirido (secundario). Aunque las mujeres típicamente acuden a recibir atención clínica después de haber iniciado la actividad sexual, a menudo hay signos clínicos más tempranos. Por ejemplo, las dificultades para el uso de tampones o su evitación es un factor predictivo importante de problemas posteriores. Las dificultades con la penetración vaginal (incapacidad, temor o dolor) pueden no ser evidentes hasta que se intentan mantener relaciones sexuales. Incluso una vez que se intentan mantener relaciones, la frecuencia de los intentos puede no ser significativa o regular. En los casos en los que resulta difícil establecer si la sintomatología es de por vida o adquirida, resulta útil determinar la presencia de cualquier período constante de relaciones exitosas, sin dolor, temor o tensión. Si puede establecerse que se ha experimentado un período así, el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración puede caracterizarse como adquirido. Una vez que la sintomatología está bien establecida durante al menos 6 meses, la probabilidad de una remisión sintomática espontánea y significativa parece disminuir.

Las quejas relativas al dolor génito-pélvico muestran picos en la edad adulta temprana y en el período peri y posmenopáusico. Las mujeres que se quejan de dificultad para mantener relaciones parecen ser fundamentalmente premenopáusicas. También puede haber un aumento de los síntomas relacionados con el dolor génito-pélvico en el período del posparto.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Se han citado a menudo los abusos sexuales y el maltrato físico como factores predictivos de los trastornos sexuales por dolor –la dispareunia y el vaginismo–, definidos por el DSM-IV. Esto es un tema controvertido en la bibliografía actual.

Genéticos y fisiológicos. Las mujeres que experimentan dolor superficial durante las relaciones sexuales a menudo refieren que el dolor se inicia tras una historia de infecciones vaginales. Incluso tras la resolución de las infecciones y en ausencia de hallazgos físicos residuales, el dolor persiste. El dolor durante la inserción de tampones o la incapacidad para insertar tampones antes de haber intentado ningún contacto sexual es un factor de riesgo importante para el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La educación sexual inadecuada y la ortodoxia religiosa a menudo se han considerado en el pasado como factores culturales predisponentes al diagnóstico DSM-IV de vaginismo. Esta percepción parece quedar confirmada por informes recientes de Turquía, un país fundamentalmente musulmán, que indican una prevalencia llamativamente alta de este trastorno. Sin embargo, aunque limitadas en su alcance, la mayoría de las investigaciones a este respecto no apoya esta idea (Lahaie *et al.*, 2010).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Por definición, el diagnóstico de trastorno de dolor génito-pélvico/penetración sólo se da en las mujeres. Hay investigaciones relativamente recientes acerca del síndrome de dolor pélvico crónico urológico en los hombres que sugiere que los varones pueden sufrir algunos problemas similares. La investigación y la experiencia clínica todavía no están suficientemente desarrolladas como para justificar la aplicación de este diagnóstico a los hombres. Se pueden utilizar los diagnósticos de otra disfunción sexual especificada o de disfunción sexual no especificada para los hombres que parezcan cumplir este patrón.

Consecuencias funcionales del trastorno de dolor génito-pélvico/penetración

Las dificultades funcionales en el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración a menudo interfieren en la satisfacción de las relaciones, y en ocasiones con la capacidad para concebir a través del coito peneano-vaginal.

Diagnóstico diferencial

Otra afección médica. En muchas ocasiones, las mujeres con trastorno de dolor génito-pélvico/penetración también serán diagnosticadas de otra afección médica (p. ej., liquen escleroso, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, atrofia vulvovaginal). En algunos casos, tratar la afección médica puede aliviar el trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Gran parte de las veces, esto no es así. No hay herramientas ni métodos diagnósticos fiables que permitan a los clínicos saber si la afección médica o el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración es el primario. A menudo, las afecciones médicas asociadas son difíciles de diagnosticar y de tratar. Por ejemplo, en ocasiones, la mayor incidencia de dolor durante el coito en la posmenopausia puede ser atribuible a la sequedad vaginal o la atrofia vulvovaginal que acompañan al descenso de los niveles de estrógenos. Sin embargo, no se conoce bien la relación entre la atrofia/sequedad vulvovaginal, los estrógenos y el dolor.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Algunas mujeres con trastorno de dolor génito-pélvico/penetración también pueden ser diagnosticadas de un trastorno de síntomas somáticos. Puesto que tanto el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración como el trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados son diagnósticos nuevos, no está claro todavía si ambos pueden ser diferenciados de manera fiable. Algunas mujeres diagnosticadas de trastorno de dolor génito-pélvico/penetración también serán diagnosticadas de una fobia específica.

Estímulos sexuales inadecuados. Cuando se considera el diagnóstico diferencial, es importante que el clínico evalúe la adecuación de los estímulos sexuales que ha habido en la experiencia sexual de la mujer. Las situaciones sexuales en las que los preliminares o la excitación son inadecuados pueden provocar dificultades en la penetración, dolor o evitación. La disfunción eréctil o la eyaculación prematura en la pareja masculina pueden dar lugar a dificultades en la penetración. Se deben evaluar estas afecciones cuidadosamente. En algunas situaciones puede no ser apropiado el diagnóstico de trastorno de dolor génito-pélvico/penetración.

Comorbilidad

La comorbilidad entre el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración y otras dificultades sexuales parece ser común. La comorbilidad con los conflictos en la relación también es común. Esto no resulta sorprendente, ya que en las culturas occidentales la incapacidad para mantener relaciones (no dolorosas) con una pareja deseada y la evitación de oportunidades sexuales pueden ser un factor contribuyente o bien el resultado de otros problemas sexuales o de relación. Puesto que los síntomas del suelo pélvico están implicados en el diagnóstico del trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, es probable que haya una mayor prevalencia de otros trastornos relacionados con el suelo pélvico o con los órganos reproductores (p. ej., cistitis intersticial, estreñimiento, infección vaginal, endometriosis, síndrome del intestino irritable).

Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón

Criterios diagnósticos 302.71 (F52.0)

A. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.
B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.
D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

Características diagnósticas

Al evaluar un trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, debe tenerse en cuenta el contexto interpersonal. Una "discrepancia en el deseo", en la que el hombre tenga menor deseo de mantener actividad sexual que su pareja, no es suficiente para diagnosticar un trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. Se requiere tanto un deseo de actividad sexual escaso/ausente como unos pensamientos o fantasías sexuales deficientes/ausentes para diagnosticar este trastorno. Puede haber variaciones en la forma de expresar el deseo sexual entre los distintos hombres.

La falta de deseo sexual y los pensamientos o fantasías eróticas deficientes/ausentes deben ser persistentes o recurrentes, y deben durar como mínimo unos 6 meses. La inclusión de este criterio de duración pretende evitar que se haga el diagnóstico en aquellos casos en los que el deseo sexual disminuido de un hombre constituya una respuesta adaptativa a situaciones vitales adversas (p. ej., preocupación por un embarazo de la pareja cuando el hombre se está planteando terminar la relación). La inclusión del término "unos" en el Criterio B permite decidir, a juicio del clínico, en aquellos casos en los que la duración de los síntomas no cumpla el umbral recomendado de 6 meses.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón a veces se asocia con problemas de erección o eyaculación. Por ejemplo, las dificultades persistentes para conseguir una erección pueden llevar a que el hombre pierda el interés por la actividad sexual. Los varones con trastorno de deseo sexual hipoactivo a menudo refieren que ya no inician la actividad sexual y que están escasamente receptivos a los intentos de la pareja por iniciarla. En ocasiones pueden tener lugar actividades sexuales (p. ej., la masturbación o la actividad sexual en pareja) incluso habiendo un deseo sexual reducido. Al hacer un diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, se deberían tener en cuenta las preferencias específicas de la pareja en cuanto a los patrones de inicio sexual. Aunque habitualmente son los hombres los que inician la actividad sexual y el deseo reducido puede caracterizarse por un patrón de falta de iniciación, muchos varones pueden preferir que sea su pareja la que inicie la actividad sexual. En dichas situaciones, se debería tener en cuenta la falta de receptividad del hombre a la iniciación por parte de la pareja al evaluar el deseo reducido.

Además de los subtipos de por vida/adquirido y generalizado/situacional, en la evaluación del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón se deberían considerar varios factores, dado que pueden ser relevantes para la etiología o el tratamiento: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., comunicación pobre, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal pobre, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento.

Cada uno de estos factores puede contribuir de distinta manera a los síntomas que presentan los diferentes hombres con este trastorno.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón varía en función del país de origen y del método de evaluación. Aproximadamente, el 6 % de los varones más jóvenes (con edades entre 18 y 24 años) y el 41 % de los mayores (con edades entre 66 y 74 años) tienen problemas con el deseo sexual. Sin embargo, la falta de interés persistente por el sexo, que dure 6 meses o más, afecta sólo a una pequeña proporción de hombres entre los 16 y los 44 años (1,8 %).

Desarrollo y curso

Por definición, el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón de por vida indica que el deseo sexual reducido o ausente ha estado presente siempre, mientras que el subtipo adquirido se diagnosticaría si el deseo reducido del varón apareció tras un período de deseo sexual normal. Existe el requisito de que el deseo reducido persista durante unos 6 meses; así pues, los cambios en el deseo sexual de corta duración no se deberían diagnosticar como trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Con la edad se produce una disminución normal en el deseo sexual. Al igual que sucede en las mujeres, los hombres identifican una serie de desencadenantes de su deseo sexual y describen un amplio abanico de motivos por los que eligen mantener una actividad sexual. Aunque los estímulos visuales eróticos pueden suscitar el deseo de una manera más potente en los varones más jóvenes, la intensidad de estos estímulos sexuales podría disminuir con la edad, lo que se debería tener en cuenta al evaluar un trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad parecen ser importantes factores predictivos del deseo reducido en los hombres. Hasta la mitad de los varones con antecedentes de síntomas psiquiátricos pueden tener una pérdida del deseo moderada o grave, en comparación con sólo el 15 % de los que carecen de dichos antecedentes. Los sentimientos de un hombre acerca de sí mismo, su percepción del deseo sexual de su pareja hacia él, los sentimientos de estar conectado emocionalmente y otras variables contextuales pueden afectar al deseo sexual negativa o positivamente.

Ambientales. El uso de alcohol puede aumentar la aparición de un deseo reducido. Entre los hombres homosexuales se deberían tener en cuenta la homofobia dirigida a sí mismos, los problemas interpersonales, las actitudes, la falta de educación sexual adecuada y los traumas debidos a experiencias vitales tempranas a la hora de explicar el deseo reducido. También deben considerarse los factores del contexto social y cultural.

Genéticos y fisiológicos. Trastornos endocrinológicos, como la hiperprolactinemia, afectan al deseo sexual de los hombres de una manera significativa. La edad es un factor de riesgo significativo para el deseo reducido en los hombres. No está claro si los varones con deseo reducido también tienen niveles de testosterona anormalmente bajos; sin embargo, entre los hombres con hipogonadismo es común el deseo reducido. También puede haber un umbral crítico por debajo del cual la testosterona afectaría el deseo sexual en los hombres, y por encima del cual la testosterona tendría poco efecto sobre el deseo de los varones.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Hay una marcada variabilidad en las tasas de prevalencia del deseo reducido en las diferentes culturas, que oscilan entre el 12,5 % en los varones del norte de Europa y el 28 % en los hombres del sudeste asiático de edades comprendidas entre los 40 y los 80 años. Al igual que las tasas de deseo reducido son mayores entre los subgrupos de mujeres del este asiático, los hombres de esta ascendencia también tienen mayores tasas de deseo reducido. Los sentimientos de culpa en relación al sexo pueden mediar en esta asociación entre la etnia del este asiático y el deseo sexual en los varones.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

A diferencia de la clasificación de los trastornos sexuales en las mujeres, los trastornos del deseo y de la excitación se han mantenido como constructos diferentes en los varones. A pesar de que la expe-

riencia del deseo presenta algunas similitudes en los hombres y las mujeres, y que el deseo fluctúa a lo largo del tiempo y depende de factores contextuales, los hombres refieren una intensidad y frecuencia de deseo sexual significativamente mayores que las mujeres.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales no sexuales. Trastornos mentales no sexuales como el trastorno de depresión mayor, que se caracteriza por "una disminución importante del interés o del placer por todas o casi todas las actividades", pueden explicar el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. Si la falta de deseo se explica mejor por otro trastorno mental, no se diagnosticaría un trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Uso de sustancias/medicamentos. El uso de sustancias/medicamentos puede explicar la ausencia de deseo sexual.

Otra afección médica. Si el deseo reducido/ausente y los pensamientos o fantasías eróticas deficientes/ausentes se explican mejor por los efectos de otra afección médica (p. ej., hipogonadismo, diabetes *mellitus*, disfunción tiroidea, enfermedad del sistema nervioso central), no se diagnosticaría el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Factores interpersonales. Si hay factores interpersonales o contextuales importantes asociados con la pérdida de deseo en el varón, como una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, no se diagnosticaría el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Otras disfunciones sexuales. La presencia de otra disfunción sexual no descarta el diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón; hay ciertos indicios de que hasta la mitad de los hombres con deseo sexual reducido también tiene problemas de erección, y algunos menos pueden tener, además, dificultades de eyaculación precoz. Si el deseo reducido en un varón se explica por la identificación como "asexual" que el propio hombre hace de sí mismo, no se diagnosticaría el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Comorbilidad

La depresión y otros trastornos mentales, así como los factores endocrinológicos, a menudo presentan comorbilidad con el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Eyaculación prematura (precoz)

Criterios diagnósticos 302.75 (F52.4)

A. Un patrón persistente o recurrente en que la eyaculación producida durante la actividad sexual en pareja sucede aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo.

   Nota: Aunque el diagnóstico de eyaculación prematura (precoz) se puede aplicar a individuos que practican actividades sexuales no vaginales, no se han establecido criterios específicos de duración en dichas actividades.

B. El síntoma del Criterio A debe haber estado presente por lo menos durante seis meses y se tiene que experimentar en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75–100 %) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizado, en todos los contextos).

C. El síntoma del Criterio A provoca un malestar clínicamente significativo al individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: La eyaculación se produce aproximadamente entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Moderado: La eyaculación se produce aproximadamente entre los 15 y 30 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Grave: La eyaculación se produce antes de la actividad sexual, al principio de la misma, o aproximadamente en los 15 segundos siguientes a la penetración vaginal.

Características diagnósticas

La eyaculación prematura (precoz) se manifiesta por la eyaculación que tiene lugar antes o poco tiempo después de la penetración vaginal y se concreta con el tiempo de latencia eyaculatoria (es decir, el tiempo que transcurre antes de la eyaculación) tras la penetración vaginal estimado para el individuo. Las latencias eyaculatorias intravaginales estimadas y medidas están estrechamente correlacionadas siempre que la latencia eyaculatoria sea de breve duración, por lo que las estimaciones referidas por el propio individuo son suficientes para realizar el diagnóstico. Un tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de 60 segundos es un punto de corte adecuado para diagnosticar la eyaculación prematura (precoz) de por vida en los varones heterosexuales. No se dispone de datos suficientes para determinar si este criterio de duración puede aplicarse a la eyaculación prematura (precoz) adquirida. La definición de duración puede aplicarse a varones de distintas orientaciones sexuales, puesto que las latencias eyaculatorias parecen ser similares en los hombres de orientaciones sexuales diferentes y en distintas actividades sexuales.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Muchos varones con eyaculación prematura (precoz) se quejan de falta de control sobre la eyaculación y refieren aprensión al anticipar su incapacidad para retrasar la eyaculación en los encuentros sexuales futuros.

Los siguientes factores pueden ser relevantes en la evaluación de cualquier disfunción sexual: 1) factores de la pareja (p. ej., problemas sexuales de la pareja, estado de salud de la pareja); 2) factores de la relación (p. ej., escasa comunicación, discrepancias en el deseo de mantener actividad sexual); 3) factores de vulnerabilidad individual (p. ej., imagen corporal mala, antecedentes de abuso sexual o emocional), comorbilidad psiquiátrica (p. ej., depresión, ansiedad) o factores de estrés (p. ej., pérdida del empleo, duelo); 4) factores culturales o religiosos (p. ej., inhibición en relación a prohibiciones de la actividad sexual, actitudes hacia la sexualidad), y 5) factores médicos relevantes para el pronóstico, el curso o el tratamiento.

Prevalencia

Las estimaciones de la prevalencia de la eyaculación prematura (precoz) varían ampliamente dependiendo de la definición que se utilice. A nivel internacional, más del 20–30 % de los varones de edades entre 18 y 70 años refiere preocupación acerca de la rapidez con la que eyaculan. Con la nueva definición de eyaculación prematura (precoz) (es decir, la eyaculación que tiene lugar antes de aproximadamente 1 minuto desde la penetración vaginal), sólo el 1–3 % de los hombres sería diagnosticado de este trastorno. La prevalencia de la eyaculación prematura (precoz) puede aumentar con la edad.

Desarrollo y curso

Por definición, la eyaculación prematura (precoz) de por vida comienza durante las experiencias sexuales iniciales del varón y persiste desde entonces. Algunos hombres pueden experimentar eyaculación prematura (precoz) durante los primeros encuentros sexuales, pero adquieren el control eyaculatorio con el tiempo. La persistencia de los problemas eyaculatorios más allá de los 6 meses es lo que determina el diagnóstico de eyaculación prematura (precoz). Por el contrario, algunos hombres desarrollan el trastorno tras un período

de latencia eyaculatoria normal, lo que se conoce como eyaculación prematura (precoz) adquirida. Se sabe mucho menos acerca de la *eyaculación prematura (precoz) adquirida* que sobre la eyaculación prematura (precoz) de por vida. La forma adquirida probablemente tenga un inicio más tardío, apareciendo habitualmente después de la cuarta década de la vida. La forma de por vida es relativamente estable a lo largo de la vida. Se conoce poco acerca del curso de la eyaculación prematura (precoz). La remisión de afecciones médicas, como el hipertiroidismo o la prostatitis, parece devolver las latencias eyaculatorias a sus valores basales. La eyaculación prematura (precoz) de por vida comienza con las experiencias sexuales tempranas y persiste a lo largo de la vida del individuo. En aproximadamente el 20 % de los hombres con eyaculación prematura (precoz), las latencias eyaculatorias se reducen todavía más con la edad. La edad y la duración de la pareja se han asociado negativamente a la prevalencia de la eyaculación prematura (precoz).

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La eyaculación prematura (precoz) puede ser más común en los hombres con trastornos de ansiedad, en especial con trastorno de ansiedad social (fobia social).

Genéticos y fisiológicos. Hay una contribución genética moderada a la eyaculación prematura (precoz) de por vida. La eyaculación prematura (precoz) puede estar asociada con polimorfismos en el gen del transportador de la dopamina o con polimorfismos en el gen del transportador de la serotonina. La patología tiroidea, la prostatitis y la abstinencia de drogas se han asociado con la eyaculación prematura (precoz) adquirida. Mediciones del flujo sanguíneo cerebral regional mediante tomografía por emisión de positrones durante la eyaculación han mostrado una activación primaria en la zona de transición mesencefálica, que incluye el área tegmentaria ventral.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La percepción de lo que constituye una latencia eyaculatoria normal es diferente en muchas culturas. Las latencias eyaculatorias medidas pueden diferir en algunos países. Dichas diferencias pueden explicarse por factores culturales o religiosos, así como por diferencias genéticas entre las poblaciones.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La eyaculación prematura (precoz) es un trastorno sexual de los varones. Los hombres y sus parejas sexuales pueden diferir en su percepción de lo que constituye una latencia eyaculatoria aceptable. Podría haber una creciente preocupación entre las mujeres acerca de la eyaculación precoz en sus parejas sexuales, lo que podría ser reflejo de los cambios de actitud de la sociedad hacia la actividad sexual de las mujeres.

Marcadores diagnósticos

En la investigación, la latencia eyaculatoria habitualmente se monitoriza mediante el uso de un dispositivo para medir el tiempo (p. ej., un cronómetro) por parte de la pareja sexual, aunque esto no es lo ideal en las situaciones de la vida real. Para el coito vaginal se mide el tiempo entre la penetración vaginal y la eyaculación.

Consecuencias funcionales de la eyaculación prematura (precoz)

Un patrón de eyaculación prematura (precoz) puede asociarse con una baja autoestima, con una disminución de la sensación de control y con consecuencias adversas para las relaciones de pareja. También puede producir sufrimiento y menor satisfacción sexual en la pareja sexual. La eyaculación que tiene lugar antes de la penetración puede asociarse a dificultades para concebir.

Diagnóstico diferencial

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos. Cuando los problemas con la eyaculación prematura se deben exclusivamente al uso, intoxicación o abstinencia de sustancias, se debe diagnosticar una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

Problemas eyaculatorios que no cumplen criterios diagnósticos. Es necesario identificar a aquellos varones con latencias eyaculatorias normales que desean latencias mayores, y a aquellos que tienen eyaculación prematura (precoz) episódica (p. ej., durante su primer encuentro sexual con una nueva pareja, momento en el que una latencia eyaculatoria corta puede ser frecuente o la norma). Ninguna de estas situaciones conduciría a un diagnóstico de eyaculación prematura (precoz), aunque estas situaciones pueden producir malestar en algunos hombres.

Comorbilidad

La eyaculación prematura (precoz) puede estar asociada con problemas de erección. En muchos casos puede ser difícil determinar qué dificultad precedió a cuál. La eyaculación prematura (precoz) de por vida puede asociarse a determinados trastornos de ansiedad. La eyaculación prematura (precoz) adquirida puede asociarse con la prostatitis, la patología tiroidea o la abstinencia de drogas (p. ej., durante la abstinencia de opiáceos).

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

A. En el cuadro clínico predomina un trastorno clínicamente significativo de la función sexual.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio de (1) y (2):
   1. Los síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia, o después de la exposición a un medicamento.
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
C. El trastorno no se explica mejor por una disfunción sexual no inducida por sustancias/medicamentos. Estas pruebas de una disfunción sexual independiente pueden incluir lo siguiente:

   Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias/medicamentos (p. ej. antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. El trastorno causa un malestar clínicamente significativo en el individuo.

Nota: Este diagnóstico sólo se puede hacer en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o de abstinencia de sustancias cuando en el cuadro clínico predominan los síntomas del Criterio A y cuando son suficientemente graves para merecer atención clínica.

Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para las disfunciones sexuales inducidas por sustancias/medicamentos específicos se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por consumo de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter en 4ª posición es "1", y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de la disfunción sexual inducida por sustancias (p. ej., trastorno leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por cocaína). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con la disfunción sexual inducida por sustancias, el carácter en 4ª posición es "2", y el clínico hará constar "trastorno por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de sustancias. Si no existe un trastorno

concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), entonces el carácter en 4ª posición es "9", y el clínico solamente hará constar la disfunción sexual inducida por sustancias.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.89	F10.181	F10.281	F10.981
Opiáceos	292.89	F11.181	F11.281	F11.981
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.89	F13.181	F13.281	F13.981
Anfetamina (u otro estimulante)	292.89	F15.181	F15.281	F15.981
Cocaína	292.89	F14.181	F14.281	F14.981
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.89	F19.181	F19.281	F19.981

Especificar si (véase la Tabla 1 en el capítulo "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos" para diagnósticos asociados a la clase de sustancia):

Con inicio durante la intoxicación: Si se cumplen los criterios de intoxicación con la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
Con inicio durante la abstinencia: Si se cumplen los criterios de abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante, o poco después, de la retirada.
Con inicio después de tomar el medicamento: Los síntomas pueden aparecer al principio de tomar el medicamento o tras alguna modificación o cambio de la pauta.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Sucede en el 25–50 % de las relaciones sexuales.
Moderado: Sucede en el 50–75 % de las relaciones sexuales.
Grave: Sucede en el 75 % o más de las relaciones sexuales.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, fluoxetina) que se supone que es la causante de la disfunción sexual. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Después del nombre del trastorno figura la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia o inicio después de tomar un medicamento) seguido por el especificador de gravedad (p. ej., leve, moderado, grave). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de una disfunción eréctil que se produce durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es 291.89 disfunción sexual inducida por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, moderada. También se hace constar un diagnóstico adicional de 303.90 trastorno por consumo de alcohol grave.

Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de la disfunción sexual, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., 292.89 disfunción sexual inducida por cocaína con inicio durante la intoxicación, moderada; 292.89 disfunción sexual inducida por fluoxetina, con inicio después de tomar el medicamento).

CIE-10-MC. El nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos empieza con la sustancia específica (p. ej., alcohol, fluoxetina) que se supone que es la causante de la disfunción sexual. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., fluoxetina), se utilizará el código de "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico, pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe), seguido por la palabra "con", a continuación el nombre de la disfunción sexual inducida por sustancias, después se anota la especificación del inicio (es decir, inicio durante la intoxicación, inicio durante la abstinencia o inicio después de tomar el medicamento) y finalmente el especificador de gravedad (p. ej., leve, moderado, grave). Por ejemplo, en el caso de una disfunción eréctil que sucediera durante la intoxicación en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.281 trastorno grave por consumo de alcohol con disfunción sexual inducida por el alcohol, con inicio durante la intoxicación, moderada. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno grave por consumo de alcohol. Si la disfunción sexual inducida por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F15.981 disfunción sexual inducida por anfetamina, con inicio durante la intoxicación). Cuando se considera que más de una sustancia tiene un papel importante en el desarrollo de la disfunción sexual, cada una de ellas se indicará por separado (p. ej., F14.181 disfunción leve por consumo de cocaína con disfunción sexual inducida por la cocaína, con inicio durante la intoxicación, moderada; F19.981 disfunción sexual inducida por la fluoxetina, con inicio después de tomar el medicamento, moderada).

Características diagnósticas

La característica fundamental es una alteración de la función sexual que tiene una relación temporal con el inicio, el aumento de la dosis o la retirada de una sustancia/medicamento.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las disfunciones sexuales pueden aparecer en relación con la intoxicación por las siguientes clases de sustancias: alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Las disfunciones sexuales pueden aparecer en relación con la abstinencia de las siguientes clases de sustancias: alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Los medicamentos que pueden inducir disfunciones sexuales son los antidepresivos, los antipsicóticos y los anticonceptivos hormonales.

El efecto secundario de los antidepresivos referido con más frecuencia es la dificultad para el orgasmo o la eyaculación. Los problemas con el deseo y la erección son menos frecuentes. Aproximadamente, el 30 % de estas quejas sexuales es clínicamente significativo. Algunos medicamentos, como el bupropión o la mirtazapina, no parecen asociarse a efectos secundarios sexuales.

Los problemas sexuales asociados con los fármacos antipsicóticos, entre los que están los problemas del deseo sexual, la erección, la lubricación, la eyaculación y el orgasmo, pueden aparecer con los fármacos típicos y también con los atípicos. No obstante, estos problemas son menos comunes con los antipsicóticos que no afectan a la prolactina que con aquellos que la aumentan significativamente.

Aunque los efectos de los estabilizadores del ánimo sobre la función sexual no están claros, es posible que el litio y los anticonvulsivantes, con la posible excepción de la lamotrigina, tengan efectos adversos sobre el deseo sexual. Puede haber dificultades para el orgasmo con la gabapentina. Asimismo, puede haber mayor prevalencia de problemas eréctiles y orgásmicos asociados con las benzodiazepinas. No se han referido estos problemas con la buspirona.

Muchos medicamentos no psiquiátricos, como los fármacos cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales y hormonales, se asocian a alteraciones de la función sexual. El uso de sustancias ilegales se asocia con un menor deseo sexual, disfunción eréctil y dificultades para alcanzar el orgasmo. Las disfunciones sexuales también aparecen en individuos que reciben metadona, pero raramente las refieren los pacientes que toman buprenorfina. El abuso crónico de alcohol y el abuso crónico de nicotina se asocian con problemas de erección.

Prevalencia

La prevalencia y la incidencia de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos no están claras, probablemente porque se tiende a no referir los efectos secundarios de tipo sexual que aparecen con los tratamientos. Los datos acerca de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos típicamente conciernen a los efectos de los fármacos antidepresivos. La prevalencia de la disfunción sexual inducida por los antidepresivos varía en parte en función de cada fármaco específico. Aproximadamente, el 25–80 % de los individuos que toman inhibidores de la monoaminooxidasa, antidepresivos tricíclicos, antidepresivos serotoninérgicos y antidepresivos serotoninérgicos-noradrenérgicos refieren efectos secundarios sexuales. Hay diferencias en la incidencia de los efectos secundarios sexuales entre algunos antidepresivos serotoninérgicos y serotoninérgicos-noradrenérgicos, aunque no está claro si esas diferencias son clínicamente significativas.

Aproximadamente, el 50 % de los individuos que toman fármacos antipsicóticos experimentará efectos secundarios sexuales, como problemas del deseo sexual, la erección, la lubricación, la eyaculación o el orgasmo. La incidencia de estos efectos secundarios con los diferentes fármacos antipsicóticos no está clara.

No se conocen ni la prevalencia ni la incidencia exactas de las disfunciones sexuales entre las personas que toman medicamentos no psiquiátricos, como los fármacos cardiovasculares, citotóxicos, gastrointestinales u hormonales. Se han descrito tasas elevadas de disfunción sexual con la metadona o con dosis altas de analgésicos opiáceos. Hay mayores tasas de deseo sexual disminuido, disfunción eréctil y dificultades para alcanzar el orgasmo asociadas con el uso de drogas ilegales. La prevalencia de los problemas sexuales parece estar relacionada con el abuso crónico de sustancias y parece ser mayor en los individuos que abusan de la heroína (aproximadamente, el 60–70 %) que en los que abusan de las anfetaminas o de la 3,4-metilendioximetanfetamina (es decir, MDMA o éxtasis). También se encuentran tasas elevadas de disfunción sexual en los individuos que reciben metadona, pero raramente las refieren los pacientes que toman buprenorfina. El abuso crónico de alcohol y el abuso crónico de nicotina se asocian con mayores tasas de problemas de erección.

Desarrollo y curso

La disfunción sexual inducida por los antidepresivos se puede iniciar ya tan sólo al cabo de 8 días después de comenzar a tomar el medicamento. Aproximadamente, el 30 % de los individuos con retraso del orgasmo leve o moderado experimentará una remisión espontánea de la disfunción antes de los 6 meses. En algunos casos, la disfunción sexual inducida por los inhibidores de la recaptación de serotonina puede persistir tras suspender el fármaco. No se sabe el tiempo que transcurre desde que se comienzan a tomar fármacos antipsicóticos o sustancias de abuso hasta el inicio de la disfunción sexual. Es probable que los efectos adversos de la nicotina y el alcohol no aparezcan hasta que hayan transcurrido años de consumo. En ocasiones, la eyaculación prematura (precoz) puede aparecer tras dejar de utilizar opiáceos. Hay cierta evidencia de que las alteraciones de la función sexual relacionadas con sustancias/medicamentos aumentan con la edad.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Puede haber una interacción entre los factores culturales, la influencia de los medicamentos sobre el funcionamiento sexual y la respuesta del individuo a esos cambios.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Puede haber algunas diferencias de género en cuanto a los efectos secundarios sexuales.

Consecuencias funcionales de la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

La disfunción sexual inducida por medicamentos puede originar incumplimiento con la medicación.

Diagnóstico diferencial

Disfunciones sexuales no inducidas por sustancias/medicamentos. Muchas afecciones mentales, como los trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y psicóticos, se asocian con alteraciones de la función sexual. Así pues, podría ser difícil diferenciar una disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos de una manifestación del trastorno mental subyacente. Habitualmente se realiza el diagnóstico si se observa una relación estrecha con el inicio o la suspensión de la sustancia/medicamento. Puede establecerse un diagnóstico claro si el problema aparece tras el inicio de la sustancia/medicamento, desaparece con la retirada de la sustancia/medicamento, y recurre al introducir el mismo compuesto. La mayoría de los efectos secundarios inducidos por sustancias/medicamentos aparece poco después del inicio o de la suspensión. Pueden ser muy difíciles de diagnosticar con certeza los efectos secundarios sexuales que sólo aparecen tras el uso crónico de una sustancia/medicamento.

Otra disfunción sexual especificada

302.79 (F52.8)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de disfunción sexual. La categoría de otra disfunción sexual especificada se utiliza en las situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ninguna disfunción sexual específica. Esto se hace registrando "otra disfunción sexual especificada" y, a continuación, el motivo específico (p. ej., "aversión sexual").

Disfunción sexual no especificada

302.70 (F52.9)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de disfunción sexual. La categoría disfunción sexual no especificada se utiliza en las situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disfunción sexual específica e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

<= Ir al Índice

Disforia de género

En este capítulo se expone el diagnóstico dominante de disforia de género junto a un conjunto de criterios diferentes, apropiados a cada nivel de desarrollo, para niños, adolescentes y adultos.

El área del sexo y el género es muy controvertida y ha conducido a una proliferación de términos cuyos significados varían con el tiempo, entre las distintas disciplinas y dentro de cada una de ellas. Una fuente adicional de confusión es el hecho de que, en inglés, el término "sexo" connota tanto el hecho de ser varón/mujer como la sexualidad. Este capítulo emplea constructos y términos tal y como se usan ampliamente por los clínicos de varias disciplinas especializados en esta área. En este capítulo, sexo y sexual se refieren a los indicadores biológicos de varón y mujer (entendidos en el contexto de la capacidad reproductiva), como son los cromosomas sexuales, las gónadas, las hormonas sexuales y los genitales internos y externos. Los trastornos del desarrollo sexual denotan desviaciones somáticas de la normalidad innatas al aparato reproductor y/o discrepancias entre los indicadores biológicos de varón y mujer. El tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto denota el uso de hormonas feminizantes en un sujeto supuestamente varón desde el nacimiento en base a indicadores biológicos tradicionales, o bien el uso de hormonas virilizantes en un sujeto supuestamente mujer desde el nacimiento.

La necesidad de introducir el término *género* surgió con el entendimiento de que, para los sujetos con indicadores biológicos de sexo ambiguos o en conflicto (p. ej., "intersexual"), el rol que se vive en la sociedad y/o la identificación como varón o mujer podría no asociarse uniformemente con lo supuesto según los indicadores biológicos, y de que algunos sujetos desarrollan una identidad como mujer o varón que no coincide con su conjunto de indicadores biológicos clásicos. Por tanto, *género* se usa para denotar el rol público (y normalmente el reconocido legalmente) que se vive como chico o chica, hombre o mujer; sin embargo, a diferencia de algunas teorías constructivistas sociales, se considera que los factores biológicos son los que contribuyen, en interacción con los factores sociales y psicológicos, al desarrollo del género. La *asignación de género* se refiere a la identificación inicial del individuo como varón o mujer. Esto ocurre generalmente en el nacimiento y, de esta manera, produce el "género natal". El *género atípico* se refiere a los rasgos somáticos o a las conductas que no son típicas (en un sentido estadístico) de los sujetos con el mismo género asignado en una sociedad y una época histórica dadas; para la conducta, un término descriptivo alternativo es el de *género inconformista*. La *reasignación de género* denota un cambio oficial (y normalmente legal) de género. La *identidad de género* es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación del sujeto como varón, mujer u, ocasionalmente, con alguna otra categoría distinta de la de varón o mujer. La *disforia de género*, como término descriptivo general, se refiere a la insatisfacción afectiva/cognitiva de un sujeto con el género asignado, pero se define más específicamente cuando se usa como categoría diagnóstica. *Transgénero* se refiere al amplio espectro de sujetos que de forma transitoria o permanente se identifica con un género diferente de su género natal. *Transexual* denota a un sujeto que busca, o que ha experimentado, una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, lo que en muchos casos, pero no en todos, también conlleva una transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital (*cirugía de reasignación sexual*).

La *disforia de género* hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado. Aunque no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia, muchos presentan malestar si no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas y/o cirugía deseadas por el sujeto. El término actual es más descriptivo que el anterior término del DSM-IV, de *trastorno de identidad de género*, y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad *per se*.

<= Ir a la Clasificación

Disforia de género

Criterios diagnósticos

Disforia de género en niños 302.6 (F64.2)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):
   1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
   2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
   3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
   4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
   5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
   6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
   7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
   8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Disforia de género en adolescentes y adultos 302.85 (F64.1)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:
   1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
   2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
   3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
   4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
   5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
   6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej., un trastorno adrenogenital congénito como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congénita o 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno del desarrollo sexual y la disforia de género.

Especificar si:

Postransición: El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo con el sexo deseado (con o sin legalización del cambio de sexo) y se ha sometido (o se está preparando para someterse) por lo menos a una intervención o tratamiento médico de cambio de sexo, por ejemplo, un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto o a una intervención quirúrgica de cambio de sexo para confirmar el sexo deseado (p. ej., penectomía, vaginoplastia en un individuo nacido hombre; mastectomía o faloplastia en una paciente nacida mujer).

Especificadores

El especificador postransición puede usarse en el contexto de los procedimientos terapéuticos continuos que sirven para apoyar la nueva asignación de género.

Características diagnósticas

Los sujetos con disforia de género tienen una incongruencia marcada entre el sexo que les ha sido asignado (normalmente en el nacimiento, lo que se refiere como *sexo natal*) y el sexo que sienten o expresan. Esta discrepancia es el componente central del diagnóstico. Puede existir malestar debido a la incongruencia. El sexo que se experimenta puede incluir identidades alternativas de sexo más allá de los estereotipos binarios. En consecuencia, el malestar no se limita a un deseo de ser simplemente del otro sexo, sino que puede incluir el deseo de ser de un sexo alternativo, siempre y cuando difiera del sexo que le ha sido asignado al sujeto.

La disforia de género se manifiesta de modo diferente en los diferentes grupos de edad. Las chicas prepuberales con disforia de género pueden expresar el deseo de ser un chico, afirmar que son un chico o afirmar que cuando crezcan serán un hombre. Prefieren las ropas y el estilo de pelo de los chicos, son percibidas por los desconocidos como chicos y puede que pidan ser llamadas por el nombre de un chico. Normalmente manifiestan intensas reacciones negativas hacia los intentos parentales de hacerles llevar vestidos o atuendos femeninos. Algunas pueden rehusar ir a la escuela o a actos sociales donde se requieran tales vestimentas. Estas chicas pueden mostrar una marcada identificación con el otro sexo en juegos de rol, sueños y fantasías. Prefieren a menudo los deportes de contacto, los juegos de pelea, los juegos masculinos tradicionales y jugar con compañeros masculinos. Muestran poco interés en los juguetes (p. ej., muñecas) o las actividades (disfraces femeninos o juegos de rol) que se basan en los estereotipos femeninos. Ocasionalmente se niegan a orinar en posición sedente. Algunas chicas nacidas mujeres pueden manifestar el deseo de tener pene, o aseguran que tienen pene, o que cuando crezcan lo tendrán. También pueden afirmar que no quieren desarrollar el pecho ni menstruar.

Los chicos prepuberales con disforia de género pueden expresar el deseo de ser chica, afirmar que son una chica o afirmar que cuando crezcan serán una mujer. Su preferencia es vestir con ropas de chicas o de mujeres y pueden improvisar vestidos con los materiales a mano (p. ej., usando toallas, delantales, pañuelos para el pelo o faldas). Estos chicos juegan, a hacer el papel de figuras femeninas (p. ej., juegan a las "madres") y se interesan a menudo intensamente por las fantasías femeninas. Prefieren a menudo actividades, juegos y pasatiempos que son estereotipos tradicionales femeninos (p. ej., jugar "a las casitas"), hacer dibujos femeninos y ver los programas de televisión o los vídeos de los personajes que prefieren las chicas. Las muñecas que son estereotipos femeninos (p. ej., Barbie) son a menudo los juegos favoritos, y las chicas son sus compañeras de juego preferidas. Evitan los juegos de peleas y los deportes competitivos y tienen poco interés en los juguetes que son estereotipos masculinos (p. ej., coches, camiones). Algunos pueden fingir que no tienen pene e insisten en sentarse

para orinar. Con menos frecuencia, pueden afirmar que encuentran su pene o sus testículos desagradables, que quieren quitárselos o que tienen, o quieren tener, una vagina.

En los jóvenes adolescentes con disforia de género, las características clínicas pueden asemejarse a las de los niños o a las de los adultos con este trastorno, dependiendo del nivel de desarrollo. Como las características sexuales secundarias de los adolescentes no están completamente desarrolladas, estos sujetos pueden no manifestar disgusto sobre ellos mismos, aunque están preocupados por los inminentes cambios físicos.

En los adultos con disforia de género, la discrepancia entre el sexo que se experimenta y las características sexuales físicas se acompaña a menudo, pero no siempre, de un deseo de liberarse de sus características sexuales primarias o secundarias y de un fuerte deseo de adquirir algunas de las características sexuales primarias o secundarias del otro sexo. En grados variables, los adultos con disforia de género pueden adoptar la conducta, el vestido y los manierismos del sexo que se experimenta. Se sienten incómodos al ser considerados por los otros, o al funcionar en la sociedad, como miembros del sexo que tienen asignado. Algunos adultos pueden tener un deseo fuerte de ser de un sexo diferente y ser tratados como tal, y pueden tener la suficiente certeza interior como para sentir y responder de acuerdo al sexo que se experimenta sin buscar un tratamiento médico para alterar sus características corporales. Pueden encontrar otras formas de resolver la incongruencia entre el sexo que se experimenta/expresa y el que se les asigna al vivir parcialmente en el rol deseado o al adoptar un rol sexual que no es ni convencionalmente masculino ni femenino.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Cuando se desarrollan los signos visibles de la pubertad, los chicos nacidos varones pueden afeitarse las piernas al primer signo de crecimiento del vello. A veces esconden los genitales para que sean menos visibles las erecciones. Las chicas pueden esconder el pecho, caminar encorvadas o usar jerséis sueltos para que el pecho se vea menos. De forma cada vez más frecuente, los adolescentes pueden solicitar, u obtener sin prescripción ni supervisión médica, supresores hormonales (bloqueantes) de los esteroides gonadales (p. ej., análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas [GnRH], espironolactona). Los adolescentes que son remitidos para atención clínica quieren a menudo tratamiento hormonal y muchos desean también cirugía de reasignación de sexo. Los adolescentes que viven en un entorno que les acepta pueden expresar abiertamente el deseo de ser y de ser tratados como el sexo que experimentan, y pueden vestirse parcialmente o completamente conforme al sexo experimentado, llevar peinados típicos de dicho sexo, buscar amigos preferentemente entre los compañeros del otro sexo y adoptar un nombre nuevo correspondiente al sexo que se experimenta. Los adolescentes mayores, cuando son sexualmente activos, normalmente no muestran ni permiten que las parejas toquen sus órganos sexuales. En los adultos con aversión hacia sus genitales, la actividad sexual está marcada por la preferencia de que sus parejas no vean ni toquen sus genitales. Algunos adultos pueden buscar tratamiento hormonal (a veces sin prescripción ni supervisión médica) y cirugía de reasignación de sexo. Otros se encuentran satisfechos sólo con el tratamiento hormonal o sólo con la cirugía.

Los adolescentes y adultos con disforia de género antes de la reasignación de sexo tienen un riesgo aumentado de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios. Tras la reasignación de sexo, la adaptación puede variar y el riesgo de suicidio puede persistir.

Prevalencia

En los adultos nacidos varones, la prevalencia oscila del 0,005 al 0,014%, y en las nacidas mujeres entre el 0,002 y el 0,003%. Como no todos los adultos que buscan tratamiento hormonal y tratamiento quirúrgico de reasignación de sexo acuden a consultas especializadas, estas cifras están probablemente subestimadas. Las diferencias de sexo en las cifras de derivaciones a consultas especializadas varían por grupo de edad. En los niños, la proporción de los nacidos varones frente a las nacidas mujeres oscila entre 2:1 y 4,5:1. En los adolescentes, la proporción por sexos está próxima a la paridad; en los adultos, esta proporción por sexos favorece a los nacidos varones, con proporciones que oscilan entre 1:1 y 6,1:1. En dos países, la proporción por sexos parece favorecer a las nacidas mujeres (Japón: 2,2:1, y Polonia: 3,4:1).

Desarrollo y curso

Como la expresión de la disforia de género varía con la edad, hay criterios diferentes para los niños y para los adolescentes y adultos. Los criterios para niños se definen de modo más concreto y de

forma más conductual que los de los adolescentes y adultos. Muchos de los criterios centrales se apoyan en diferencias de comportamiento de sexo bien documentadas entre los chicos y las chicas con un desarrollo típico. Los niños menores expresan con menos probabilidad que los niños mayores, que los adolescentes y que los adultos la disforia anatómica persistente. En los adolescentes y adultos, la incongruencia entre el sexo que se experimenta y el sexo somático es un rasgo central del diagnóstico. Los factores relacionados con el malestar y el deterioro varían también con la edad. Un niño muy pequeño puede mostrar signos de malestar (p. ej., llanto intenso) sólo cuando los padres le dicen al niño que él o ella no es "realmente" un miembro del otro sexo, sino que sólo "desea" serlo. El malestar puede no manifestarse en ambientes sociales que apoyan el deseo del niño de vivir el rol del otro sexo y puede surgir sólo si se interfiere con dicho deseo. En los adolescentes y adultos, el malestar puede manifestarse por una fuerte incongruencia entre el sexo que se experimenta y el sexo somático. Dicho malestar puede, sin embargo, mitigarse mediante un ambiente de apoyo y el conocimiento de que existen tratamientos biomédicos para reducir la incongruencia. El deterioro (p. ej., el rechazo al colegio, la aparición de depresión, ansiedad y abuso de sustancias) puede ser una de las consecuencias de la disforia de género.

Disforia de género sin un trastorno de desarrollo sexual. En los niños derivados a la consulta, el comienzo de las conductas de cambio de sexo ocurre generalmente entre los 2 y los 4 años de edad. Esto se corresponde con el período de tiempo del desarrollo en el que la mayoría de los niños que se desarrollan típicamente comienza a expresar conductas e intereses propios de su sexo. En algunos niños de edad preescolar pueden aparecer tanto conductas generalizadas de cambio de sexo como el deseo expresado de ser del otro sexo; menos frecuentemente puede ocurrir que el niño se etiquete como miembro del otro sexo. En algunos casos, el deseo expresado de ser del otro sexo aparece más tarde, normalmente en el comienzo de la educación primaria. Una pequeña minoría de niños expresa desagrado con su anatomía sexual o afirma el deseo de tener una anatomía sexual que se corresponda con el sexo que experimentan (disforia anatómica). Las expresiones de la disforia anatómica llegan a ser más frecuentes conforme los niños con disforia de género se acercan y anticipan a la pubertad.

Las tasas de persistencia de la disforia de género desde la infancia a la adolescencia o la edad adulta varían. En los nacidos varones, la persistencia oscila entre el 2,2 y el 30 %. En las nacidas mujeres, la persistencia oscila entre el 12 y el 50 %. La persistencia de la disforia de género se correlaciona modestamente con las medidas dimensionales de la gravedad determinadas en la evaluación basal durante la infancia. En una muestra de nacidos varones se correlacionó modestamente el nivel socioeconómico bajo con la persistencia. No está claro si algunos de los planteamientos terapéuticos para la disforia de género en los niños se relacionan o no con las tasas de persistencia a largo plazo. Existen muestras de seguimiento formadas por niños que no recibieron ninguna intervención terapéutica formal o que recibieron intervenciones terapéuticas de varios tipos, desde intentos activos para reducir la disforia de género a una estrategia más neutral: "la espera vigilante". No está claro que los niños a los que se "anima" o apoya para vivir socialmente según el sexo deseado vayan a presentar mayores tasas de persistencia, ya que aún no se ha seguido longitudinalmente a dichos niños de modo sistemático. Casi todos los que nacen varones, como las que nacen mujeres, y presentan persistencia se sienten atraídos sexualmente por sujetos de su sexo de nacimiento. La mayoría de los niños nacidos varones cuya disforia sexual no persiste presentan *androfilia* (les atraen sexualmente los hombres) y a menudo se identifican a sí mismos como gays u homosexuales (del 63 al 100 %). Entre las niñas nacidas mujeres cuya disforia de género no persiste, el porcentaje de las que presentan *ginefilia* (les atraen sexualmente las mujeres) y se identifican a sí mismas como lesbianas es menor (oscila entre un 32 y un 50 %).

Tanto en los adolescentes como en los adultos nacidos varones hay dos amplias trayectorias para desarrollar la disforia de género: el comienzo temprano y el comienzo tardío. La *disforia de comienzo temprano* se inicia en la infancia y continúa hasta la adolescencia y la edad adulta, o hay un período intermitente en el que la disforia de género cesa, y los sujetos se identifican como gays u homosexuales, seguido de una recurrencia de la disforia de género. La *disforia de comienzo tardío* ocurre en torno a la pubertad o mucho más tarde en la vida. Algunos de estos sujetos refieren que han tenido deseos de haber sido del otro sexo en la infancia y que no los expresaron verbalmente a otras personas. Otros no recuerdan ningún signo

de disforia de género en la infancia. En el caso de los adolescentes varones con disforia de género de comienzo tardío, los padres refieren con frecuencia sorpresa porque no vieron signos de disforia de género durante la infancia. Las expresiones de la disforia anatómica son más frecuentes y apreciables en los adolescentes y adultos, una vez que las características sexuales secundarias se han desarrollado.

Los adolescentes y adultos nacidos varones con disforia de género de comienzo temprano se sienten atraídos sexualmente casi siempre por hombres (androfilia). Los adolescentes y adultos con disforia de género de comienzo tardío con frecuencia se involucran en conductas travestistas con excitación sexual. La mayoría de estos sujetos tiene ginefilia, o se sienten atraídos sexualmente por otros nacidos varones y con disforia de género de comienzo tardío tras la transición. Un porcentaje considerable de adultos varones con disforia de género de comienzo tardío cohabita o está casado con sujetos nacidos mujeres. Después de la transición de género, muchos se identifican a sí mismos como lesbianas. Entre los adultos nacidos varones con disforia de género, el grupo de comienzo temprano busca atención clínica para tratamiento hormonal y cirugía de reasignación a edades más tempranas que los del grupo de comienzo tardío. El grupo de comienzo tardío puede tener más fluctuaciones en el grado de disforia de género y pueden ser más ambivalentes respecto a la cirugía de reasignación de sexo, siendo menos probable que queden satisfechos tras la misma.

Tanto en los adolescentes como en los adultos nacidos mujeres, el curso más común es la forma de comienzo temprano de la disforia de género. La forma de comienzo tardío es mucho menos común en las nacidas mujeres que en los nacidos varones. Al igual que en los nacidos varones con disforia de género, puede haber existido un período en el que la disforia de género haya cesado y los sujetos se hayan identificado a sí mismos como lesbianas; sin embargo, con la recurrencia de la disforia de género se busca la consulta clínica, a menudo con el deseo de someterse a tratamiento hormonal y cirugía de reasignación de sexo. Los padres de las adolescentes nacidas mujeres con la forma de comienzo tardío también refieren sorpresa, ya que no observaron los signos de la disforia de género en la infancia. Las expresiones de la disforia anatómica son mucho más frecuentes y apreciables en los adolescentes y adultos que en los niños.

Los adolescentes y adultos nacidos mujeres con disforia de género de comienzo temprano presentan casi siempre ginefilia. Los adolescentes y adultos con la forma tardía de la disforia de género presentan normalmente androfilia y, tras la transición de sexo, se identifican a sí mismos como gays. Los sujetos nacidos mujeres con la forma de comienzo tardío no tienen conductas travestistas concurrentes con excitación sexual.

Disforia de género sin un trastorno de desarrollo sexual. La mayoría de los sujetos con un trastorno del desarrollo sexual que desarrollan disforia de género ha acudido en busca de atención médica a edades tempranas. En muchos sujetos, comenzando desde el nacimiento, los asuntos relacionados con la asignación de género han sido abordados por los médicos y por los padres. Además, como la infertilidad es bastante frecuente en este grupo, los médicos están más dispuestos a realizar el tratamiento con hormonas del sexo opuesto y la cirugía genital antes de la edad adulta.

Los trastornos del desarrollo sexual por lo general se asocian con una conducta sexual atípica que comienza en la infancia temprana. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esto no conduce a la disforia de género. Al hacerse conscientes los sujetos con trastornos del desarrollo sexual de su historia médica y su trastorno, muchos experimentan incertidumbre sobre su sexo, en lugar de una convicción firme de que son del otro sexo. Sin embargo, la mayoría no progresa hacia la transición de sexo. La disforia de género y la transición de sexo pueden variar considerablemente en función del trastorno del desarrollo sexual, su gravedad y el sexo asignado.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. En los sujetos con disforia de género sin un trastorno del desarrollo sexual, la conducta sexual atípica entre los de comienzo temprano aparece en la edad preescolar temprana, y es posible que un alto grado de atipicidad haga que el desarrollo de la disforia de género y su persistencia en la adolescencia y la edad adulta sean más probables.

Ambientales. Entre las personas con disforia de género sin trastorno del desarrollo sexual, los hombres con disforia de género (tanto en la niñez como en la adolescencia) tienen más frecuentemente hermanos mayores varones en comparación con aquellos sin esta afección. Otros factores predispo-

nentes a considerar, especialmente en los sujetos con disforia de género de comienzo tardío (adolescencia, edad adulta), son el travestismo fetiche habitual, que se desarrolla en una autoginefilia (p. ej. despertar sexual asociado con el pensamiento o la imagen de uno mismo como mujer), y otras formas de problemas sociales más generales, psicológicos o del desarrollo.

Genéticos y fisiológicos. En los sujetos con disforia de género sin un trastorno del desarrollo sexual se ha señalado la posibilidad de alguna contribución genética a raíz de los datos (aunque débiles) que apuntan a la familiaridad del transexualismo entre los hermanos no gemelos, a una mayor concordancia para el transexualismo entre los gemelos del mismo sexo monocigóticos respecto de los dicigóticos, y a cierto grado de heredabilidad de la disforia de género. Respecto a los hallazgos endocrinológicos, no se han encontrado alteraciones sistémicas endógenas en los niveles de hormonas sexuales en los sujetos XY con 46 cromosomas, mientras que parece que existen niveles aumentados de andrógenos (en el rango encontrado en las mujeres con hirsutismo, pero bastante por debajo de los niveles normales para los hombres) en los sujetos XX con 46 cromosomas. En general, la evidencia actual es insuficiente para etiquetar la disforia de género sin trastorno del desarrollo sexual como una forma de intersexualidad limitada al sistema nervioso central.

En la disforia de género asociada con trastornos del desarrollo sexual, la probabilidad de presentar después disforia de género se incrementa si la producción prenatal y la utilización (vía sensibilidad del receptor) de andrógenos son extremadamente atípicos en comparación con lo que normalmente se ve en los sujetos del mismo sexo asignado. Ejemplo de ello son los sujetos XY con 46 cromosomas y antecedentes de un entorno prenatal de hormonas masculinas normal que presentan defectos innatos genitales no hormonales (como la extrofia vesical y cloacal o la agenesia del pene) y que tienen asignado el sexo femenino. La probabilidad de una disforia de género se potencia aún más por una exposición androgénica posnatal incrementada, prolongada y muy atípica para el sexo presente con virilización somática, como puede ocurrir en los sujetos XY con 46 cromosomas criados como mujeres y sin castrar que presentan deficiencia de 5-alfa-reductasa-2 o 17-beta-hidrosteroide-deshidrogenasa-3, o en los sujetos XX con 46 cromosomas criados como mujeres y con hiperplasia adrenal congénita clásica con períodos prolongados de incumplimiento con el tratamiento sustitutivo con glucocorticoides. Sin embargo, el entorno prenatal androgénico está más estrechamente relacionado con la conducta acorde con el sexo que con la identidad de sexo. Muchos sujetos con trastornos del desarrollo sexual y marcada conducta sexual atípica no desarrollan disforia de género. Por tanto, la conducta sexual atípica por sí misma no debería interpretarse como un indicador de disforia de género presente o futura. Parece haber una tasa más alta de disforia de género y de cambio de sexo de mujer a hombre que de hombre a mujer en los sujetos XY con 46 cromosomas con trastorno del desarrollo sexual.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Se han descrito sujetos con disforia de género en muchos países y culturas. También se ha descrito un equivalente de la disforia de género en sujetos que viven en culturas con otras categorías sexuales institucionalizadas distintas del hombre y la mujer. No está claro si en estos sujetos se cumplirían los criterios diagnósticos de la disforia de género.

Marcadores diagnósticos

Los sujetos con un trastorno somático del desarrollo sexual presentan alguna correlación de la identidad sexual final con el grado de producción y de utilización prenatal de andrógenos. Sin embargo, la correlación no es lo suficientemente sólida como para que el factor biológico, donde se pueda comprobar, pueda sustituir a la evaluación, mediante una entrevista diagnóstica integral, de la disforia de género.

Consecuencias funcionales de la disforia de género

La preocupación relacionada con deseos de cambio de sexo puede aparecer a cualquier edad tras los primeros 2-3 años de infancia y a menudo interfiere con las actividades diarias. En los niños mayores, la incapacidad de adquirir las habilidades y las relaciones que son típicas para la edad con los compañeros del mismo sexo puede conducir al aislamiento social y producir malestar.

Algunos niños pueden negarse a ir al colegio por las burlas y el acoso o por la presión para vestirse con atuendos asociados con su sexo asignado. Además, en los adolescentes y adultos, la preocupación por los deseos de cambio de sexo a menudo interfiere con las actividades diarias. Son frecuentes las dificultades en las relaciones, incluidas las sexuales, y puede deteriorarse el funcionamiento escolar o laboral. La disforia de género, junto con la expresión atípica del sexo, se asocia a altos niveles de estigmatización, discriminación y victimización, lo que genera conceptos negativos sobre uno mismo, altas tasas de comorbilidad por trastornos mentales, abandono escolar y marginación económica, incluido el desempleo, con riesgos sociales y mentales concomitantes, especialmente en los sujetos de entornos con pocos recursos familiares. Además, el acceso de estos sujetos a los servicios de salud y a los servicios de salud mental puede verse impedido por barreras estructurales, como el desagrado institucional o la inexperiencia para trabajar con pacientes de esta población.

Diagnóstico diferencial

Inconformidad con los roles sexuales. La disforia de género debería distinguirse del simple inconformismo hacia la conducta sexual estereotipada por el gran deseo de ser de un sexo distinto al asignado y por la extensión y globalidad de las actividades e intereses variantes respecto al sexo primario. El diagnóstico no trata sólo de describir el inconformismo con la conducta sexual estereotipada (p. ej., "marimacho" en las chicas, "mariquita" en los chicos, vestimenta ocasional del otro sexo en los hombres adultos). Dada la gran apertura de expresiones sexuales atípicas a través de todo el espectro transgenérico, es importante que el diagnóstico clínico se limite a los sujetos cuyo malestar y deterioro cumplan criterios específicos.

Trastorno de travestismo. El trastorno de travestismo se observa en varones adolescentes y adultos heterosexuales (o bisexuales) (raramente en mujeres) en quienes la conducta de vestirse con ropa del otro sexo genera excitación sexual y causa malestar o deterioro sin que se cuestione el sexo primario. Se acompaña ocasionalmente de disforia de género. Un sujeto con trastorno de travestismo que también tiene disforia de género clínicamente significativa puede recibir ambos diagnósticos. En muchos casos de disforia de género de comienzo tardío de individuos nacidos varones con ginefilia, el precursor es la conducta travestista con excitación sexual.

Trastorno dismórfico corporal. El sujeto con trastorno dismórfico corporal se centra en la alteración o la eliminación de una parte corporal específica porque se percibe como formada de modo anormal, no porque represente un sexo asignado que se repudie. Cuando la presentación en un sujeto cumpla los criterios de la disforia de género y del trastorno dismórfico corporal, se deben realizar ambos diagnósticos. Los sujetos que desean que se les ampute un miembro sano (etiquetado por algunos como trastorno de la identidad de la integridad corporal) porque les hace sentirse más "completos", normalmente no desean cambiar de sexo, sino que desean vivir como una persona amputada o discapacitada.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En la esquizofrenia puede haber raramente delirios de pertenencia a otro sexo distinto. En ausencia de síntomas psicóticos, la insistencia de un sujeto con disforia de género de que él o ella es de otro sexo distinto no se considera un delirio. La esquizofrenia (u otros trastornos psicóticos) puede concurrir con la disforia de género.

Otras presentaciones clínicas. Algunos sujetos con deseo de masculinización y que desarrollan una identidad sexual alternativa, ni varón ni mujer, tienen una presentación que cumple los criterios de la disforia de género. Sin embargo, algunos hombres buscan la castración o la penectomía por razones estéticas o para eliminar los efectos psicológicos de los andrógenos sin cambiar la identidad masculina; en estos casos no se cumplen los criterios de la disforia de género.

Comorbilidad

Los niños que se derivan por disforia de género presentan niveles elevados de problemas emocionales y conductuales, sobre todo trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos del control de los impul-

sos y depresivos. En los niños prepuberales, el aumento de la edad se asocia con más problemas emocionales y conductuales; esto se relaciona con la creciente falta de aceptación de la conducta sexual variante por parte de los demás. En los niños mayores, la conducta sexual variante suele llevar a menudo al ostracismo de los compañeros, lo que puede llevar a más problemas de conducta. La prevalencia de problemas de salud mental difiere entre culturas; estas diferencias pueden relacionarse con diferencias en las actitudes hacia la variación del sexo en los niños. Sin embargo, también en culturas no occidentales se ha encontrado que la ansiedad es relativamente frecuente en los sujetos con disforia de género, incluso en las culturas que aceptan las conductas sexuales variantes. El trastorno del espectro autista es más prevalente en los niños con disforia de género que se derivan en la clínica que entre la población general. Los adolescentes con disforia de género que se derivan en la clínica parecen tener trastornos mentales comórbidos, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los depresivos. Al igual que en los niños, el trastorno del espectro autista es más prevalente en los adolescentes con disforia de género que se derivan en la clínica que entre la población general. Los adultos con disforia de género que se derivan en la clínica puede que tengan problemas de salud mental, sobre todo trastornos de ansiedad y depresivos.

Otra disforia de género especificada

302.6 (F64.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de disforia de género. La categoría de otra disforia de género especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de disfunción sexual. Esto se hace registrando "otra disforia de género especificada" seguido de un motivo específico (p. ej., "disforia de género breve").

Un ejemplo de una presentación que se puede especificar utilizando la designación de "otra especificada" es el siguiente:

El trastorno actual cumple los criterios sintomáticos de disforia de género pero su duración es inferior a seis meses

Disforia de género no especificada

302.6 (F64.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de la disforia de género que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de la disforia de género. La categoría disforia de género no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disforia de género, e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

<= Ir al Índice

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen afecciones que se manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. Mientras que otros trastornos del DSM-5 pueden tratar sobre problemas de la regulación del comportamiento y las emociones, los trastornos de este capítulo son singulares en el sentido de que se traducen en conductas que violan los derechos de los demás (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad) o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad. Las causas que subyacen en los problemas del autocontrol del comportamiento y las emociones pueden variar sustancialmente dentro de los trastornos de este capítulo y entre los individuos de una misma categoría diagnóstica.

Este capítulo incluye el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta, el trastorno de la personalidad antisocial (que se describe en el capítulo de Trastornos de la personalidad), la piromanía, la cleptomanía y otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado. Aunque todos los trastornos de este capítulo se manifiestan con problemas de la regulación conductual y emocional, la fuente de variación entre los trastornos es el énfasis relativo en los problemas referentes a los dos tipos de autocontrol. Por ejemplo, los criterios del trastorno de conducta se centran principalmente en el control deficiente de las conductas que violan los derechos de los otros o que violan normas sociales fundamentales. Muchos de los síntomas conductuales (p. ej., agresión) pueden ser el resultado del control deficiente de emociones como la ira. En el otro extremo, los criterios del trastorno explosivo intermitente se centran en gran medida en el déficit del control de dichas emociones, en arrebatos de ira que son desproporcionados a una provocación interpersonal, a otra provocación o a otros factores estresantes psicosociales. En un nivel de gravedad entre esos dos trastornos se encuentra el trastorno negativista desafiante, en el cual los criterios están más uniformemente distribuidos entre las emociones (ira y enfado) y las conductas (discusión y desafío). La piromanía y la cleptomanía son diagnósticos menos frecuentemente utilizados y se caracterizan por el control deficiente de los impulsos relacionados con conductas específicas (provocar un incendio o robar) que alivian la tensión interna. Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado es una categoría para las afecciones en las que hay síntomas de trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante u otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, pero en las que el número de síntomas no cumple el umbral diagnóstico de ninguno de los trastornos de este capítulo, incluso cuando hay signos de deterioro clínicamente significativo asociado a los síntomas.

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta se dan más en el sexo masculino que en el femenino, aunque el grado relativo de predominancia del sexo masculino puede diferir entre los trastornos y según la edad, dentro del mismo trastorno. Los trastornos de este capítulo tienden a iniciarse en la infancia o en la adolescencia. De hecho, es muy raro que el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante se inicien en la edad adulta. Hay una relación evolutiva entre el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta según la cual, en la mayoría de los casos de trastorno de conducta, se habrían cumplido previamente los criterios del trastorno negativista desafiante, al menos en aquellos casos en los que el trastorno de conducta se inicia antes de la adolescencia. Sin embargo, la mayoría de los niños con trastorno negativista desafiante no acaba desarrollando un trastorno de conducta. Además, los niños con trastorno negativista desafiante tienen riesgo de presentar finalmente otro tipo de problemas, incluido un trastorno depresivo o de ansiedad.

Muchos de los síntomas que definen los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta son comportamientos que pueden suceder hasta cierto grado en personas con desarrollo normal. Así pues, es fundamental que se tengan en cuenta la frecuencia, la persistencia, el grado de

<= Ir a la Clasificación

generalización de las situaciones y el deterioro asociado a los comportamientos indicativos del diagnóstico, según lo que sea normativo para una persona según la edad, el género y la cultura, para determinar si son o no sintomáticos de un trastorno.

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta se unen en un espectro de exteriorización común asociado a las dimensiones de personalidad etiquetadas como *desinhibición* y (inversamente) *restricción* y, en menor medida, emocionalidad negativa. Estas dimensiones de la personalidad compartidas podrían explicar el alto nivel de comorbilidad entre estos trastornos, así como su frecuente comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de la personalidad antisocial. Sin embargo, sigue sin conocerse la naturaleza específica de la diátesis compartida que constituye el espectro de exteriorización.

Trastorno negativista desafiante

Criterios diagnósticos 313.81 (F91.3)

A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Nota: Se debe considerar la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para distinguir los que se consideren dentro de los límites normales, de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un período de seis meses por lo menos, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe aparecer por lo menos una vez por semana durante al menos seis meses, a menos que se observe otra cosa (Criterio A8). Si bien estos criterios de frecuencia se consideran el grado mínimo orientativo para definir los síntomas, también se deben tener en cuenta otros factores, por ejemplo, si la frecuencia y la intensidad de los comportamientos rebasan los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas se limitan a un entorno (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo, con los compañeros).

Moderado: Algunos síntomas aparecen en dos entornos por lo menos.
Grave: Algunos síntomas aparecen en tres o más entornos.

Especificadores

No es inusual que los individuos con trastorno negativista desafiante muestren síntomas únicamente en casa y solamente con miembros de la familia. Sin embargo, el grado de generalización de los síntomas es indicativo de la gravedad del trastorno.

Características diagnósticas

La característica principal del trastorno negativista desafiante es un patrón frecuente y persistente de enfado/irritabilidad y discusiones/actitudes desafiantes o vengativas (Criterio A). No es inusual que estas personas con trastorno negativista desafiante muestren las características conductuales del trastorno sin problemas de estado de ánimo negativo. Sin embargo, los individuos con este trastorno que muestran síntomas de enfado/irritabilidad suelen mostrar también las características conductuales.

Los síntomas del trastorno negativista desafiante pueden estar circunscritos a un único entorno y es frecuente que éste sea en casa. Los individuos que muestran suficientes síntomas para llegar al umbral del diagnóstico, aun produciéndose éstos únicamente en casa, pueden presentar un deterioro significativo del funcionamiento social. Sin embargo, en los casos más graves, los síntomas del trastorno están presentes en varios entornos. Dado que la generalización de los síntomas es indicativa de la gravedad del trastorno, es fundamental que el comportamiento del individuo se evalúe en los diferentes entornos y relaciones. Debido a que estos comportamientos son frecuentes entre hermanos, éstos deberían ser observados en interacciones con otras personas que no sean hermanos. Además, como los síntomas del trastorno son típicamente más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a los que el individuo conoce bien, pueden no ser evidentes durante la evaluación clínica.

Los síntomas del trastorno negativista desafiante pueden darse de alguna manera en individuos sin este trastorno. Hay varias consideraciones clave para determinar si los comportamientos son sintomáticos de un trastorno negativista desafiante. La primera, debe cumplirse el umbral diagnóstico de cuatro o más síntomas dentro de los 6 meses precedentes. La segunda, la persistencia y frecuencia de los síntomas debe exceder aquello que es normativo para el individuo según su edad, género y cultura. Por ejemplo, no es inusual que los niños preescolares tengan berrinches semanalmente. Los arrebatos de un niño de preescolar deberían considerarse un síntoma de trastorno negativista desafiante sólo si suceden la mayoría de los días en los 6 meses precedentes, si se producen al menos otros tres síntomas del trastorno y si los arrebatos contribuyen a un deterioro significativo asociado al trastorno (p. ej., provocan daños en la propiedad durante los arrebatos que tienen como consecuencia que se pida al niño abandonar la escuela).

Los síntomas del trastorno a menudo forman parte de un patrón de interacciones problemáticas con otros. Además, los individuos con este trastorno no suelen considerarse ellos mismos como enfadados, negativistas o desafiantes. Por el contrario, a menudo suelen justificar su comportamiento como respuesta a circunstancias o exigencias poco razonables. Así, puede resultar difícil separar la relativa contribución del individuo al trastorno de las interacciones problemáticas que él o ella experimentan. Por ejemplo, los niños con trastorno negativista desafiante pueden haber tenido una historia parental hostil. A menudo es imposible determinar si fue el comportamiento del niño el que llevó a los padres a comportarse de un modo más hostil hacia el hijo, si la hostilidad de los padres condujo a los problemas de comportamiento del hijo o si hubo una combinación de ambas cosas. El hecho de que el clínico pueda o no separar las relativas contribuciones de los potenciales factores causales no debería influir en si se realiza o no el diagnóstico. En el caso de que el niño pueda estar viviendo en condiciones particularmente precarias en las que pueda haber maltrato o negligencia (p. ej., en entornos institucionales), puede ser útil la atención clínica para reducir la contribución del ambiente.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En niños y adolescentes, el trastorno negativista desafiante es más prevalente en las familias en que el cuidado de los niños está alterado por una sucesión de diferentes cuidadores y en las familias en que el trato severo, inconstante o negligente es frecuente en la crianza de los niños. Dos de las condiciones concurrentes más frecuentes en el trastorno negativista desafiante son el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta (véase la sección "Comorbilidad" para este trastorno). El trastorno negativista desafiante se ha asociado con un aumento del riesgo de intentos de suicidio, incluso después de controlar los trastornos comórbidos.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno negativista desafiante varía del 1 al 11 %, con una prevalencia media estimada de cerca del 3,3 %. La tasa del trastorno negativista desafiante puede variar dependiendo de la edad y el género del niño. El trastorno parece ser algo más prevalente en niños que en niñas (1,4:1) antes de la adolescencia. Esta predominancia del sexo masculino no se ha hallado de forma sistemática en las muestras de adolescentes o adultos.

Desarrollo y curso

Los primeros síntomas del trastorno negativista desafiante suelen aparecer durante los años preescolares y raramente más tarde de la adolescencia temprana. El trastorno negativista desafiante a menudo precede al desarrollo del trastorno de conducta, especialmente en los casos de trastorno de conducta con inicio en la infancia. Sin embargo, muchos niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante no desarrollan posteriormente un trastorno de conducta. El trastorno de conducta desafiante también conlleva el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor, incluso en ausencia del trastorno de conducta. Los síntomas de desafío, discusión y venganza suponen un mayor riesgo de trastorno de conducta, mientras que los síntomas de enfado-irritabilidad suponen un mayor riesgo de trastornos emocionales.

Las manifestaciones del trastorno a lo largo del desarrollo parecen uniformes. Los niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante presentan un mayor riesgo de problemas de adaptación como adultos, como conducta antisocial, problemas de control de los impulsos, abuso de sustancias, ansiedad y depresión.

Muchos de los comportamientos asociados al trastorno negativista desafiante aumentan su frecuencia durante la etapa preescolar y en la adolescencia. Por tanto, es especialmente importante durante esos períodos del desarrollo que la frecuencia y la intensidad de dichos comportamientos se evalúe conforme a los niveles normativos, antes de que se decida si son síntomas o no del trastorno negativista desafiante.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Los factores temperamentales relacionados con problemas de la regulación emocional (p. ej., niveles altos de reactividad emocional, baja tolerancia a la frustración) predicen el trastorno.

Ambientales. El trato severo, inconstante o negligente en la crianza de los niños es frecuente en las familias con niños y adolescentes con trastorno negativista desafiante, y esas prácticas parentales juegan un papel importante en muchas teorías causales del trastorno.

Genéticos y fisiológicos. Se han asociado al trastorno negativista desafiante un número de marcadores neurobiológicos (p. ej., frecuencia cardíaca y reactividad de la conductancia de la piel más bajas; reactividad reducida del cortisol basal, anormalidades en el córtex prefrontal y la amígdala). Sin embargo, la gran mayoría de los estudios no diferencia a los niños con trastorno negativista desafiante de aquellos con trastorno de conducta. Por tanto, no está claro si hay marcadores específicos del trastorno negativista desafiante.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La prevalencia del trastorno en niños y adolescentes es relativamente constante entre países que difieren en cuanto a etnia y raza.

Consecuencias funcionales del trastorno negativista desafiante

Cuando el trastorno negativista desafiante es persistente durante el desarrollo, los individuos que lo padecen presentan conflictos frecuentes con padres, profesores, supervisores, compañeros y parejas. Este tipo de problemas a menudo producen un deterioro significativo de la adaptación emocional, social, académica y laboral del individuo.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de conducta. Tanto el trastorno de conducta como el trastorno negativista desafiante están relacionados con problemas de conducta que llevan al individuo a conflictos con personas adultas y otras figuras de autoridad (p. ej., profesores, supervisores en el trabajo). Los comportamientos del trastorno negativista desafiante son claramente de naturaleza menos grave que los del trastorno de conducta y no incluyen la agresión a personas o a animales, la destrucción de la propiedad, ni un patrón de robos o engaños. Además, el trastorno negativista desafiante incluye problemas de desregulación emocional (enfado e irritabilidad) que no se incluyen en la definición del trastorno de conducta.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El TDAH es a menudo comórbido con el trastorno negativista desafiante. Para realizar el diagnóstico adicional de trastorno negativista desafiante es importante determinar que la falta de realización de las peticiones de los demás por parte del individuo no se produce únicamente en situaciones que exijan un esfuerzo y atención continuados, o que el individuo permanezca quieto.

Trastornos depresivo y bipolar. Los trastornos depresivo y bipolar a menudo conllevan sentimientos negativos e irritabilidad. Como resultado, no debería hacerse un diagnóstico de trastorno negativista desafiante si los síntomas se presentan exclusivamente durante el curso de un trastorno del estado de ánimo.

Trastorno de desregulación disruptiva perturbador del estado de ánimo. El trastorno negativista desafiante comparte con el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo los síntomas de estado de ánimo negativo y arrebatos crónicos. Sin embargo, la intensidad, frecuencia y cronicidad de los arrebatos son más graves en las personas con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo que en las que tienen trastorno negativista desafiante. De este modo, sólo una minoría de los niños y adolescentes cuyos síntomas cumplen los criterios del trastorno negativista desafiante serían diagnosticados de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Cuando la alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para cumplir los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no se hace un diagnóstico de trastorno negativista desafiante aunque se cumplan todos sus criterios.

Trastorno explosivo intermitente. El trastorno explosivo intermitente también conlleva un alto grado de ira. Sin embargo, los individuos con este trastorno muestran unos niveles elevados de agresividad hacia los demás que no son parte de la definición del trastorno negativista desafiante.

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual). En las personas con discapacidad intelectual se realiza el diagnóstico de trastorno negativista desafiante sólo si el comportamiento negativista es marcadamente mayor que el observado normalmente entre los individuos con una edad mental y una discapacidad intelectual similares.

Trastorno del lenguaje. El trastorno negativista desafiante debe distinguirse también de la falta de seguimiento de directrices como resultado de un deterioro de la comprensión del lenguaje (p. ej., pérdida auditiva).

Trastorno de ansiedad social (fobia social). El trastorno negativista desafiante debe también distinguirse de la actitud desafiante debida al miedo a la evaluación negativa asociada al trastorno de ansiedad social.

Comorbilidad

Las tasas del trastorno negativista desafiante son mucho mayores en las muestras de niños, adolescentes y adultos con TDAH, y esto puede deberse a la presencia de factores de riesgo temperamentales comunes. El trastorno negativista desafiante a menudo precede también al trastorno de conducta, si bien esto parece ser más frecuente en los niños del subtipo de inicio infantil. Los individuos con trastorno negativista desafiante también tienen un mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y trastorno depresivo mayor. Esto parece atribuirse principalmente a la presencia de síntomas de enfado/irritabilidad. Los adultos y adolescentes con trastorno negativista desafiante también muestran una mayor tasa de trastornos por consumo de sustancias, aunque no está claro si esta asociación es independiente de la comorbilidad con el trastorno de conducta.

Trastorno explosivo intermitente

Criterios diagnósticos 312.34 (F63.81)

A. Arrebatos recurrentes en el comportamiento que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad, manifestada por una de las siguientes:
   1. Agresión verbal (p. ej., berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas) o agresión física contra la propiedad, los animales u otros individuos, en promedio dos veces por semana, durante un período de tres meses. La agresión física no provoca daños ni destrucción de la propiedad, ni provoca lesiones físicas a los animales ni a otros individuos.
   2. Tres arrebatos en el comportamiento que provoquen daños o destrucción de la propiedad o agresión física con lesiones a animales u otros individuos, sucedidas en los últimos doce meses.

B. La magnitud de la agresividad expresada durante los arrebatos recurrentes es bastante desproporcionada con respecto a la provocación o cualquier factor estresante psicosocial desencadenante.

C. Los arrebatos agresivos recurrentes no son premeditados (es decir, son impulsivos o provocados por la ira) ni persiguen ningún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación).

D. Los arrebatos agresivos recurrentes provocan un marcado malestar en el individuo, alteran su rendimiento laboral o sus relaciones interpersonales, o tienen consecuencias económicas o legales.

E. El individuo tiene una edad cronológica de seis años por lo menos (o un grado de desarrollo equivalente).

F. Los arrebatos agresivos recurrentes no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno psicótico, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno de personalidad límite), ni se pueden atribuir a otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico, enfermedad de Alzheimer), ni a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., drogadicción, medicación). En los niños de edades comprendidas entre 6 y 18 años, a un comportamiento agresivo que forme parte de un trastorno de adaptación no se le debe asignar este diagnóstico.

Nota: Este diagnóstico se puede establecer además del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro autista, cuando los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes superen a los que habitualmente se observan en estos trastornos y requieran atención clínica independiente.

Características diagnósticas

Los arrebatos agresivos impulsivos (o basados en la ira) del trastorno explosivo intermitente presentan un inicio rápido y típicamente un escaso o nulo período prodrómico. Los arrebatos suelen durar

menos de 30 minutos y se producen frecuentemente como respuesta a una pequeña provocación por parte de un amigo íntimo o una persona cercana. Los individuos con trastorno explosivo intermitente a menudo presentan episodios menos graves de agresión verbal o física que no provocan daños, destrucción, ni perjuicios (Criterio A1) entre los episodios disruptivos/agresivos más graves (Criterio A2). El Criterio A1 define que los arrebatos agresivos frecuentes (es decir, dos veces por semana, de media, en un período de 3 meses) están caracterizados por berrinches, diatribas, disputas verbales o peleas, o agresiones sin dañar bienes ni herir a animales u otros individuos. El Criterio A2 define que los arrebatos agresivos impulsivos poco frecuentes (es decir, 3 en un período de un año) se caracterizan por dañar o destruir objetos a pesar de su valor tangible, o por agredir/golpear o realizar cualquier otra acción que cause daño físico a un animal o a otro individuo. Pese a la naturaleza de los arrebatos agresivos impulsivos, la característica principal del trastorno explosivo intermitente es la falta de control del comportamiento agresivo impulsivo en respuesta a una provocación experimentada subjetivamente (factor estresante psicosocial) que no produciría normalmente un arrebato agresivo (Criterio B). Los arrebatos agresivos son generalmente impulsivos o basados en la ira, más que premeditados o instrumentales (Criterio C), y se asocian con un significativo malestar o deterioro en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente no debería darse en individuos más jóvenes de 6 años o de un nivel de desarrollo equivalente (Criterio E), ni en individuos cuyos arrebatos de agresividad se expliquen mejor por otros trastornos mentales (Criterio F). El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente no debería realizarse en los individuos con trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo ni en aquellas personas cuyos arrebatos de agresividad impulsivos sean atribuibles a otras afecciones médicas o a los efectos fisiológicos de una sustancia (Criterio F). Además, los niños de edades comprendidas entre los 6 y 18 años no deberían recibir este diagnóstico cuando los arrebatos de agresividad impulsiva se producen en el contexto de un trastorno de adaptación (Criterio F).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los trastornos del estado de ánimo (unipolares), los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias se asocian con el trastorno explosivo intermitente a pesar de que el inicio de dichos trastornos es típicamente más tardío que el del trastorno explosivo intermitente.

Prevalencia

Los datos de prevalencia-año del trastorno explosivo intermitente en Estados Unidos son de aproximadamente del 2,7 % (definición restrictiva). El trastorno explosivo intermitente es más prevalente en las personas más jóvenes (p. ej., menores de 35-40 años) que en los individuos de más edad (mayores de 50 años), y en los individuos con estudios de secundaria o inferiores.

Desarrollo y curso

El inicio del comportamiento agresivo impulsivo, problemático y recurrente es más frecuente en la infancia tardía o la adolescencia y raramente se da por primera vez después de los 40 años. Las principales características del trastorno explosivo intermitente son típicamente persistentes y continúan durante muchos años.

El curso del trastorno puede ser episódico, con períodos recurrentes de arrebatos agresivos impulsivos. El trastorno explosivo intermitente parece seguir un curso crónico y persistente durante muchos años. También parece ser bastante frecuente más allá de la presencia o ausencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) o de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (p. ej., trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante).

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los individuos con antecedentes de trauma emocional y físico durante las dos primeras décadas de vida tienen un mayor riesgo de presentar el trastorno explosivo intermitente.

Genéticos y fisiológicos. Los familiares de primer grado de los individuos con trastorno explosivo intermitente tienen un mayor riesgo de presentar dicho trastorno explosivo intermitente, y los estudios de gemelos han demostrado una influencia genética sustancial en la agresión impulsiva.

Existen estudios que proporcionan apoyo neurobiológico a la presencia de anormalidades serotoninérgicas, globalmente y a nivel cerebral, específicamente en áreas del sistema límbico (cingulado anterior) y el córtex orbitofrontal de los individuos con trastorno explosivo intermitente. La respuesta de la amígdala a los estímulos visuales de la ira durante la resonancia magnética funcional es mayor en los individuos con trastorno explosivo intermitente que en las personas sanas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La menor prevalencia del trastorno explosivo intermitente en algunas regiones (Asia, Oriente Medio) o países (Rumanía, Nigeria), en comparación con Estados Unidos, sugiere que o no se ha obtenido la información pertinente sobre los comportamientos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes al preguntar por ellos, o que es menos probable su presencia debido a factores culturales.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En algunos estudios, la prevalencia del trastorno explosivo intermitente es mayor en los hombres que en las mujeres (*odds ratio* = 1,4–2,3); otros estudios no han encontrado diferencias de género.

Consecuencias funcionales del trastorno explosivo intermitente

A menudo se producen problemas sociales (p. ej., pérdida de amigos y familiares, inestabilidad matrimonial), laborales (p. ej., degradación de categoría laboral, pérdida del empleo), económicos (p. ej., debido al valor de los objetos destruidos) y legales (p. ej., acciones civiles como resultado del comportamiento agresivo contra personas o propiedades; cargos penales por agresión) a consecuencia del trastorno explosivo intermitente.

Diagnóstico diferencial

No debería realizarse el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los Criterios A1 y/o A2 se cumplen solamente durante un episodio de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno psicótico), ni cuando los arrebatos agresivos impulsivos son atribuibles a otras afecciones médicas o a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicación. Este diagnóstico tampoco debería realizarse particularmente en los niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 6-18 años cuando los arrebatos agresivos impulsivos se producen en el contexto de un trastorno de adaptación. Otros ejemplos en los que los arrebatos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes pueden o no diagnosticarse como trastorno explosivo intermitente son los siguientes:

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. A diferencia del trastorno explosivo intermitente, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo se caracteriza por un estado de ánimo negativo persistente (irritabilidad, ira) la mayor parte del día, casi cada día, entre los arrebatos agresivos impulsivos. Sólo puede darse un diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cuando el inicio de los arrebatos de agresividad impulsiva, problemática y recurrente se produce antes de los 10 años de edad. Finalmente, no debería realizarse por primera vez el diagnóstico del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo después de los 18 años de edad. De otro modo, estos diagnósticos son mutuamente excluyentes.

Trastorno de la personalidad antisocial o trastorno de la personalidad límite. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial o trastorno de la personalidad límite a menudo presentan arrebatos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes. Sin embargo, el nivel de agresividad impulsiva en los individuos con trastorno de la personalidad antisocial o trastorno de la personalidad límite es menor que en los que tienen trastorno explosivo intermitente.

Delirium, trastorno neurocognitivo mayor y cambio de la personalidad debido a otra afección médica, tipo agresivo. No debería realizarse el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los arrebatos de agresividad se consideren debidos a los efectos fisiológicos de otra afección médica diagnosticable (p. ej., lesión cerebral asociada a un cambio en la personalidad caracterizada por arrebatos de agresividad, epilepsia parcial compleja). Las anormalidades inespecíficas en la exploración neurológica (p. ej., "signos neurológicos menores") y los cambios electroencefalográficos no específicos son compatibles con el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente, a no ser que haya una afección médica diagnosticable que explique mejor los arrebatos agresivos impulsivos.

Intoxicación por sustancias o síndrome de abstinencia. No debería realizarse un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente cuando los arrebatos agresivos impulsivos se asocien casi siempre con una intoxicación por sustancias o el síndrome de abstinencia de las mismas (p. ej., alcohol, fenciclidina, cocaína y otros estimulantes, barbitúricos, inhalantes). Sin embargo, cuando se produce también un número suficiente de arrebatos agresivos impulsivos en ausencia de intoxicación por sustancias o de su abstinencia, y éstos requieren una atención clínica independiente, sí puede darse un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante o trastorno del espectro autista. Los individuos con cualquiera de estos trastornos que se inician en la infancia pueden mostrar arrebatos agresivos impulsivos. Los individuos con TDAH son típicamente impulsivos y, como resultado, pueden también presentar arrebatos agresivos impulsivos. A pesar de que los individuos con trastorno de conducta pueden mostrar arrebatos agresivos impulsivos, la forma de las agresiones caracterizada por los criterios diagnósticos es proactiva y predadora. La agresión en el trastorno negativista desafiante suele caracterizarse por berrinches y discusiones verbales hacia las figuras de autoridad, mientras que los arrebatos agresivos impulsivos del trastorno explosivo intermitente se producen en respuesta a un abanico más amplio de provocaciones e incluyen la agresión física. El nivel de agresión impulsiva en los individuos con antecedentes de uno o más de estos trastornos se ha descrito como menor que el de los individuos comparables cuyos síntomas también cumplen los criterios A a E del trastorno explosivo intermitente. En este sentido, si también se cumplen los criterios A a E y los arrebatos agresivos impulsivos requieren una atención clínica independiente, puede realizarse el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente.

Comorbilidad

Los trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de sustancias son los más frecuentemente comórbidos con el trastorno explosivo intermitente. Además, los individuos con trastorno de la personalidad antisocial o trastorno de la personalidad límite y los individuos con antecedentes de otros trastornos con comportamientos disruptivos (p. ej., TDAH, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante) tienen un mayor riesgo de presentar un trastorno explosivo intermitente comórbido.

Trastorno de conducta

Criterios diagnósticos

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).

4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio de fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej., "engaña" a otras personas).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión, falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas del funcionamiento social, académico o laboral.
C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada, o puede "conectar" o "desconectar" las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en "leve" y en "grave" (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Subtipos

Los tres subtipos de trastorno de conducta se establecen por la edad de inicio del trastorno. El inicio se estima con mayor exactitud con la información del propio joven y el cuidador, y la estimación a menudo presenta un retraso de 2 años respecto a la edad real de inicio. Los subtipos pueden presentarse de forma leve, moderada o grave. Se ha designado un subtipo de inicio no especificado cuando no hay información suficiente para establecer la edad de inicio.

En el trastorno de conducta de inicio infantil, los individuos suelen ser niños, a menudo muestran agresividad física hacia los demás, tienen relaciones alteradas con los compañeros, pueden haber tenido un trastorno negativista desafiante durante la infancia temprana y suelen tener síntomas que cumplen todos los criterios del trastorno de conducta antes de la pubertad. Muchos niños con este subtipo también tienen un trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) concurrente u otros problemas del neurodesarrollo. Los individuos con el tipo de inicio infantil tienen más probablemente un trastorno de conducta que persiste en la edad adulta que los del tipo de inicio adolescente. En comparación con los individuos del tipo de inicio infantil, los individuos con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia es menos probable que muestren comportamientos agresivos y tiendan a tener relaciones más normales con los compañeros (a pesar de que a menudo tienen problemas de conducta en compañía de otras personas). Es menos probable que estos individuos tengan trastornos de conducta que persistan en la edad adulta. La proporción de personas con trastorno de conducta de sexo masculino, en comparación con las del sexo femenino, está más equilibrada en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

Especificadores

Una minoría de los individuos con trastorno de conducta presenta características que se corresponden con el especificador "con emociones prosociales limitadas". Los indicadores de este especificador son los que a menudo se han etiquetado en los estudios como rasgos de insensibilidad y falta de emociones. Otras características de la personalidad, como la búsqueda de emociones, la audacia y la insensibilidad al castigo, pueden también distinguir a aquellos que presentan las características descritas por el especificador. Los individuos con las características descritas en este especificador tienen más probabilidades que otras personas con trastornos de conducta de participar en agresiones planeadas para obtener ganancias instrumentales. Los individuos con trastorno de conducta de cualquier subtipo o nivel de gravedad pueden tener características que se correspondan con el especificador "con emociones prosociales limitadas", aunque los individuos con el especificador tienen más probablemente el tipo de inicio infantil y un especificador de gravedad evaluado como grave.

Aunque la validez de los autoinformes para evaluar la presencia del especificador se ha apoyado en algunos contextos de investigación, los individuos con trastorno de conducta con este especificador pueden no admitir fácilmente estos rasgos en una entrevista clínica. Por tanto, para evaluar los criterios del especificador se necesitan varias fuentes de información. Además, dado que los indicadores del especificador son características que reflejan el patrón de funcionamiento emocional e interpersonal típico del individuo, es importante considerar los informes de otras personas que hayan conocido al individuo durante largos períodos de tiempo y en diferentes relaciones y entornos (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, miembros de la familia extensa, amigos).

Características diagnósticas

La principal característica del trastorno de conducta es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad (Criterio A). Estos comportamientos se clasifican en cuatro grupos principales: conducta agresiva que causa o amenaza con daño físico a otras personas o animales (Criterios A1-A7); conducta no agresiva que causa daño o destrucción de la propiedad (Criterios A8-A9); engaño o robo (Criterios A10-A12), y transgresión grave de las normas (Criterios A13-A15). Tiene que haber habido tres o más comportamientos característicos durante los últimos 12 meses, con al menos un comportamiento presente en los últimos 6 meses. Los problemas de comportamiento provocan un deterioro clínicamente significativo en áreas del funcionamiento social, académico o laboral (Criterio B). El patrón de comportamiento suele presentarse en una variedad de entornos, como en casa, en la escuela o en la comunidad. Dado que los individuos con trastorno de conducta son proclives a minimizar sus problemas de conducta, los clínicos a menudo deben confiar en otros informantes. Sin embargo, el conocimiento de los informantes sobre los problemas de conducta del individuo puede ser limitado si han supervisado al individuo insuficientemente o el individuo ha ocultado sus comportamientos sintomáticos.

Los individuos con trastorno de conducta a menudo inician un comportamiento agresivo y reaccionan violentamente ante otras personas. Pueden tener un comportamiento de acoso, amenaza o intimidación (incluido el acoso mediante mensajes en las redes sociales) (Criterio A); a menudo empiezan peleas (Criterio A2); utilizan armas que pueden causar heridas graves a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma) (Criterio A3); ejercen la crueldad física contra personas (Criterio A4) o animales (Criterio A5); han robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de monedero, extorsión, atraco a mano armada) (Criterio A6), o han violado sexualmente a alguien (Criterio A7). La violencia física puede tomar la forma de violación, asalto o, rara vez, homicidio. La destrucción deliberada de las propiedades de otras personas puede incluir el prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves (Criterio A8) u otros modos de destrucción deliberada de la propiedad de otros (p. ej., romper las ventanas de los coches, realizar actos vandálicos en la escuela) (Criterio A9). Los actos de engaño o robo pueden incluir: invadir la casa, el edificio o el automóvil de alguien (Criterio A10); romper promesas o mentir frecuentemente para obtener objetos o favores, o para evitar deudas u obligaciones (p. ej., "engañar" a otras personas) (Criterio A11); robar objetos de valor no trivial sin enfrentarse a la víctima (p. ej., robo en tiendas, falsificación, fraude) (Criterio A12).

Los individuos con trastorno de conducta pueden también transgredir frecuente y seriamente las normas (p. ej., en la escuela, con los padres, en el lugar de trabajo). Los niños con trastorno de conducta a menudo presentan un patrón de salidas por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años (Criterio A13). Los niños también pueden tener como patrón pasar toda la noche fuera de casa (Criterio A14). Para considerarse un síntoma de trastorno de conducta, el escapar de casa debe ocurrir al menos dos veces (o una sola si el individuo no vuelve durante un período prolongado de tiempo). Los episodios de escapadas que son consecuencia directa de abusos físicos o sexuales no se corresponden con este criterio. Los niños con trastorno de conducta pueden a menudo empezar a faltar a la escuela, empezando antes de los 13 años (Criterio A15).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Especialmente en situaciones ambiguas, los individuos agresivos con trastorno de conducta malinterpretan frecuentemente las intenciones de los demás como más hostiles y amenazantes de lo que

son, y responden con una agresividad que ellos sienten como razonable y justificada. Las características de la personalidad con rasgos de emoción negativos y de bajo autocontrol, como baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos, suspicacia, insensibilidad al castigo, búsqueda de emociones e imprudencia, concurren frecuentemente en el trastorno de conducta. El abuso de sustancias es a menudo una característica asociada, particularmente en las chicas adolescentes. Las ideas suicidas, las tentativas de suicidio y el suicidio consumado se producen en un porcentaje mucho más alto de lo esperado en los individuos con trastorno de conducta.

Prevalencia

La prevalencia-año entre la población se estima de un 2 a más del 10%, con una media del 4%. La prevalencia del trastorno de conducta parece ser bastante constante entre varios países que difieren en cuanto a etnia y raza. Las tasas de prevalencia aumentan de la infancia a la adolescencia y son mayores en el sexo masculino que en el femenino. Pocos niños con trastorno de conducta deteriorante reciben tratamiento.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno de conducta puede producirse ya en los años preescolares, aunque los primeros síntomas significativos suelen aparecer durante el período que va desde la infancia media a la adolescencia media. El trastorno negativista desafiante es un precursor común del trastorno de conducta de tipo de inicio infantil. El trastorno de conducta puede ser diagnosticado en adultos; sin embargo, los síntomas del trastorno de conducta suelen aparecer en la infancia o la adolescencia. El inicio es raro después de los 16 años. El curso del trastorno de conducta después de su inicio es variable. En la mayoría de individuos, el trastorno remite en la edad adulta. Muchos individuos con trastorno de conducta –particularmente los de tipo de inicio adolescente y los que tienen menos síntomas y más leves– logran una adaptación social y laboral adecuada como adultos. Sin embargo, el tipo de inicio temprano predice un peor pronóstico y un riesgo elevado de comportamiento delictivo, trastorno de conducta y trastornos relacionados con el consumo de sustancias en la edad adulta. Los individuos con trastorno de conducta tienen riesgo de presentar después, como adultos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos del control de los impulsos, trastornos psicóticos, trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Los síntomas del trastorno varían con la edad, al tiempo que el individuo desarrolla mayor fuerza física, habilidades cognitivas y la madurez sexual. Los comportamientos sintomáticos que aparecen primero tienden a ser más leves (p. ej., mentir, robar en tiendas), mientras que los problemas de conducta que aparecen al final tienden a ser más graves (p. ej., violación, atraco). Sin embargo, hay diferencias sustanciales entre los individuos, algunos de los cuales se dedican a los comportamientos más dañinos a una edad temprana (lo cual predice un peor pronóstico). Cuando los individuos con trastorno de conducta alcanzan la edad adulta, los síntomas de agresión, destrucción de la propiedad, engaño y transgresión de las normas, incluida la violencia contra compañeros de trabajo, socios y niños, puede mostrarse en el lugar de trabajo y en casa hasta el punto de poder considerarse un trastorno de la personalidad antisocial.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores de riesgo temperamentales son el temperamento infantil de difícil control y una inteligencia por debajo de la media, especialmente en lo referente al CI verbal.

Ambientales. Los factores de riesgo a nivel familiar son el rechazo y la negligencia por parte de los padres, la crianza incoherente, la disciplina severa, el abuso físico o sexual, la falta de supervisión, el vivir en una institución a una edad temprana, los cambios frecuentes de cuidadores, una familia muy numerosa, la delincuencia de los padres y ciertos tipos de psicopatología familiar (p. ej., trastornos relacionados con el consumo de sustancias). Los factores de riesgo a nivel de la comunidad son el rechazo de los compañeros, la asociación con un grupo de compañeros delincuentes y un barrio expuesto a la violencia. Ambos tipos de factores de riesgo tienden a ser más frecuentes y graves entre los individuos con el subtipo de trastorno de conducta de inicio infantil.

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de conducta está influenciado por factores genéticos y ambientales. El riesgo aumenta en los niños con un padre biológico o adoptivo, o un hermano con trastorno de conducta. El trastorno también parece ser más frecuente en los niños con padres biológicos que presentan un trastorno grave por consumo de alcohol, trastorno depresivo y bipolar o esquizofrenia, o con padres biológicos que tienen antecedentes de TDAH o trastorno de conducta. Los antecedentes familiares caracterizan especialmente a los individuos con trastorno de conducta del subtipo de inicio infantil. Se ha observado sin ambigüedades que la frecuencia cardíaca en reposo es más lenta en los individuos con trastorno de conducta que en quienes no lo padecen, y este marcador no es característico de ningún otro trastorno mental. También se ha documentado una reducida respuesta autonómica al condicionamiento al miedo, particularmente una baja conductancia de la piel. Sin embargo, estos hallazgos psicofisiológicos no son diagnósticos del trastorno. Se han observado reiteradamente diferencias funcionales y estructurales en las áreas del cerebro asociadas a la regulación y el procesamiento del afecto, principalmente las conexiones límbico-frontotemporales en que intervienen la amígdala y el córtex prefrontal ventral del cerebro, entre los individuos con trastorno de conducta y los que no presentan este trastorno. Sin embargo, los hallazgos de las pruebas de neuroimagen no son diagnósticos del trastorno.

Modificadores del curso. La persistencia es más probable en las personas cuyos comportamientos cumplen los criterios del subtipo de inicio infantil y los requisitos del especificador "con emociones prosociales limitadas". El riesgo de que el trastorno de conducta persista aumenta si concurren el TDAH y el abuso de sustancias.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El diagnóstico de trastorno de conducta puede realizarse mal a veces en los entornos donde los patrones de comportamiento disruptivo son vistos como próximos a lo normal (p. ej., en las áreas de alta criminalidad, con amenazas constantes, o en las zonas de guerra). Por lo tanto, debe tenerse en cuenta el contexto en el que se producen los comportamientos indeseables.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los chicos con diagnóstico de trastorno de conducta presentan frecuentemente problemas de disciplina escolar, vandalismo, robo y peleas. Las chicas con diagnóstico de trastorno de conducta son más propensas a mentir, al absentismo escolar, a escaparse de casa, a consumir sustancias y a la prostitución. Mientras que los chicos tienden a presentar tanto agresiones físicas como agresiones relacionales (comportamientos que dañan las relaciones sociales de otros), las chicas tienden a mostrar relativamente más agresiones relacionales.

Consecuencias funcionales del trastorno de conducta

Los comportamientos del trastorno de conducta pueden conducir a la expulsión temporal o definitiva de la escuela, a problemas de adaptación laboral y problemas legales, a enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, y a lesiones físicas por accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o la vida en casa de los padres o en un hogar de acogida. Los trastornos de conducta se asocian a menudo con un inicio temprano de la conducta sexual, del consumo de alcohol, del consumo de tabaco, del consumo de sustancias ilegales y de actos arriesgados e imprudentes. Las tasas de accidentes parecen ser mayores entre los individuos con trastorno de conducta que entre los que no lo tienen. Estas consecuencias funcionales del trastorno de conducta pueden predecir problemas de salud cuando los individuos alcanzan la mediana edad. No es inusual que los individuos con trastorno de conducta entren en contacto con el sistema de justicia penal por realizar conductas ilegales. El trastorno de conducta es una causa frecuente de derivación a tratamiento del paciente y se diagnostica frecuentemente en los dispositivos de salud mental para niños, especialmente en los de práctica forense. Se asocia con un deterioro que es más grave y crónico que el presentado por los otros niños derivados a los servicios de salud mental.

Diagnóstico diferencial

Trastorno negativista desafiante. El trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante se relacionan ambos con síntomas que llevan al individuo a conflictos con personas adultas y con otras

figuras de autoridad (p. ej., padres, profesores, supervisores en el trabajo). Los comportamientos del trastorno negativista desafiante son generalmente de una naturaleza menos grave que los que se dan en los individuos con trastorno de conducta y no incluyen la agresión a personas o animales, la destrucción de la propiedad, ni un patrón de robos o engaños. Además, el trastorno negativista desafiante incluye problemas de desregulación emocional (humor irritable y enfadado) que no se incluyen en la definición del trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios de ambos trastornos, pueden darse a su vez los dos diagnósticos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Aunque los niños con TDAH a menudo manifiestan un comportamiento impulsivo e hiperactivo que puede resultar disruptivo, este comportamiento no vulnera por sí mismo las normas sociales o los derechos de otros, por lo que no suelen cumplir los criterios del trastorno de conducta. Cuando se cumplen los criterios de ambos trastornos, deben darse a su vez los dos diagnósticos.

Trastornos depresivo y bipolar. La irritabilidad, la agresión y los problemas de conducta pueden darse en niños o adolescentes con trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar o trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Los problemas de comportamiento asociados a estos trastornos del estado de ánimo pueden normalmente distinguirse del patrón de problemas conductuales observado en el trastorno de conducta por su curso. En concreto, las personas con trastorno de conducta mostrarán niveles sustanciales de problemas de conducta agresiva o no agresiva durante períodos de tiempo en los que no hay una alteración del estado de ánimo, ya sea históricamente (antecedentes de problemas de conducta previos al inicio de la alteración del humor) o concurrentemente (presentar problemas de conducta premeditados y que no se producen durante los períodos de excitación emocional intensa). En esos casos en los que se cumplen los criterios del trastorno de conducta y del trastorno del estado de ánimo, pueden darse los dos diagnósticos.

Trastorno explosivo intermitente. Tanto el trastorno de conducta como el trastorno explosivo intermitente implican un alto grado de agresividad. Sin embargo, la agresividad de los individuos con trastorno explosivo intermitente se limita a agresiones impulsivas que no son premeditadas y no se realiza con la intención de satisfacer algún objetivo tangible (p. ej., dinero, poder, intimidación). Además, el trastorno explosivo intermitente no incluye los síntomas no agresivos del trastorno de conducta. Si se cumplen los criterios de ambos trastornos, debería darse un diagnóstico de trastorno explosivo intermitente solamente en el caso de que los arrebatos agresivos impulsivos recurrentes requieran una atención clínica independiente.

Trastornos de adaptación. El diagnóstico de trastorno de adaptación (con alteración de la conducta o con alteración mixta de las emociones y la conducta) debería considerarse si se producen problemas de conducta clínicamente significativos que no cumplen los criterios de otro trastorno específico en clara asociación con el inicio de un factor estresante psicosocial y no se resuelven dentro de los 6 meses después de que cese el factor estresante (o sus consecuencias). El trastorno de conducta solamente se diagnostica cuando los problemas de conducta representan un patrón repetitivo y persistente que se asocia a deterioro en áreas del funcionamiento social, académico o laboral.

Comorbilidad

Tanto el TDAH como el trastorno negativista desafiante son frecuentes en los individuos con trastorno de conducta y esta presentación comórbida predice los peores resultados. Los individuos que muestran características de personalidad de un trastorno asociado de la personalidad antisocial a menudo vulneran los derechos básicos de los demás o infringen las normas sociales propias de la edad; en consecuencia, su patrón de comportamiento a menudo cumple los criterios del trastorno de conducta. El trastorno de conducta puede ser concurrente con uno o más de los siguientes trastornos mentales: trastorno específico del aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos depresivo y bipolar, y trastornos por consumo de sustancias. Los logros académicos, particularmente en lectura y otras habilidades verbales, a menudo están por debajo del nivel esperado para la edad y la inteligencia, y pueden justificar el diagnóstico adicional de trastorno específico del aprendizaje o trastorno de la comunicación.

Trastorno de la personalidad antisocial

Los criterios y el texto del trastorno de la personalidad antisocial se pueden encontrar en el capítulo "Trastornos de la personalidad". Puesto que está íntimamente relacionado con el espectro de los trastornos de conducta "exteriorizadores" de este capítulo, y con los trastornos del capítulo siguiente, "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos", este trastorno aparece doblemente codificado tanto aquí como en el capítulo "Trastornos de la personalidad".

Piromanía

Criterios diagnósticos 312.33 (F63.1)

A. Provocación de incendios de forma deliberada e intencionada en más de una ocasión.
B. Tensión o excitación afectiva antes de hacerlo.
C. Fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
D. Placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias.
E. No se provoca un incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio o alucinación, ni como resultado de una alteración del juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], intoxicación por sustancias).
F. La provocación de incendios no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial.

Características diagnósticas

La característica principal de la piromanía es la presencia de varios episodios de provocación deliberada e intencionada de incendios (Criterio A). Los individuos con este trastorno experimentan tensión o excitación afectiva antes de provocar el incendio (Criterio B). Hay fascinación, interés, curiosidad o atracción por el fuego y su contexto (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias) (Criterio C). Los individuos con este trastorno a menudo son "mirones" de incendios en su vecindario, pueden crear falsas alarmas y obtener placer con las instituciones, el equipamiento y el personal asociado al fuego. Pueden pasar ratos en el servicio de bomberos local, provocar fuegos para estar vinculados a él o incluso llegar a ser bomberos. Los individuos con este trastorno sienten placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o ser partícipes de sus consecuencias (Criterio D). El incendio no se provoca para obtener beneficios económicos, ni como expresión de una ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal, ni para expresar rabia o venganza, ni con el fin de mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a un delirio o una alucinación (Criterio E). La provocación del fuego no es el resultado de una alteración del juicio (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor o discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual]). El diagnóstico no se realiza si la provocación del incendio se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial (Criterio F).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con piromanía pueden preparar con considerable antelación el inicio del fuego. Pueden mostrarse indiferentes a las consecuencias del fuego para la vida o la propiedad, o sentir satisfacción

por el resultado de la destrucción de propiedades. Estas conductas pueden ocasionar daños en propiedades, consecuencias legales, lesiones o pérdida de vidas, incluida la del propio instigador del fuego. Los individuos que provocan fuegos impulsivamente (y que pueden o no presentar piromanía) suelen tener antecedentes de trastorno por consumo de alcohol o presentarlo en la actualidad.

Prevalencia

La prevalencia de la piromanía entre la población se desconoce. La prevalencia-vida de la provocación de fuegos, que es sólo uno de los componentes de la piromanía y no es suficiente para establecer el diagnóstico por sí misma, se ha calculado que es del 1,13 % en una muestra de población, pero la comorbilidad más frecuente fueron el trastorno de la personalidad antisocial, el trastorno por consumo de sustancias, el trastorno bipolar y el juego patológico (ludopatía). En cambio, la piromanía como diagnóstico primario parece ser muy rara. Entre una muestra de personas que llegaron al sistema penal por provocar incendios repetidamente, solamente el 3,3 % tenía síntomas que cumplían todos los criterios de la piromanía.

Desarrollo y curso

No hay suficientes datos para establecer una edad típica de inicio de la piromanía. La relación entre provocar incendios en la infancia y la piromanía en la edad adulta no está bien documentada. En los individuos con piromanía, los incidentes en los que se provoca fuego son episódicos y pueden fluctuar en frecuencia. Se desconoce su curso longitudinal. A pesar de que la provocación de incendios es un problema importante en niños y adolescentes (cerca del 40 % de los detenidos por delitos de incendio en Estados Unidos es menor de 18 años), la piromanía en la infancia parece ser rara. Provocar incendios en una etapa juvenil suele asociarse con el trastorno de conducta, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad o un trastorno de adaptación.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

La piromanía se presenta más frecuentemente en los hombres, especialmente en aquellos con peores habilidades sociales y problemas de aprendizaje.

Diagnóstico diferencial

Otras causas de provocación de incendios intencionados. Es importante descartar otras causas de provocación de incendios antes de establecer el diagnóstico de piromanía. La provocación de incendios intencionada puede darse por beneficio, sabotaje o venganza, para encubrir un crimen, para hacer una declaración política (p. ej., un acto de protesta o de terrorismo), o para llamar la atención o ganar reconocimiento (p. ej., provocar un incendio para luego descubrirlo y solucionarlo). La provocación de incendios puede también darse como parte del desarrollo de la experimentación infantil (p. ej., jugar con cerillas, mecheros o fuego).

Otros trastornos mentales. No se realiza un diagnóstico separado de piromanía cuando la provocación de incendios se produce como parte de un trastorno de conducta, un episodio maníaco, un trastorno de la personalidad antisocial en respuesta a un delirio o alucinación (p. ej., en la esquizofrenia) o por los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., epilepsia). El diagnóstico de piromanía tampoco debería hacerse cuando la provocación del fuego es el resultado de un deterioro del juicio asociado a un trastorno neurocognitivo mayor, una discapacidad intelectual o una intoxicación por sustancias.

Comorbilidad

Parece haber una alta concurrencia de la piromanía con los trastornos por consumo de sustancias, la ludopatía, los trastornos depresivo y bipolar, y otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Cleptomanía

Criterios diagnósticos 312.32 (F63.2)

A. Fracaso recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para uso personal ni por su valor monetario.
B. Aumento de la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo.
C. Placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo.
D. El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni en respuesta a un delirio o una alucinación.
E. El robo no se explica mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial.

Características diagnósticas

La característica principal de la cleptomanía es la reiterada imposibilidad de resistir el impulso de robar objetos aunque éstos no sean necesarios ni para uso personal ni por su valor monetario (Criterio A). El individuo experimenta un aumento de la sensación subjetiva de tensión antes de cometer el robo (Criterio B) y siente placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo (Criterio C). El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni se realiza en respuesta a un delirio o una alucinación (Criterio D), y tampoco se explica mejor por un trastorno de conducta, un episodio maníaco o un trastorno de la personalidad antisocial (Criterio E). Los objetos se roban a pesar de que suelen tener poco valor para el individuo, que podría permitirse pagarlos y que a menudo los regala o los desecha. En ocasiones, el individuo puede acumular los objetos robados o devolverlos subrepticiamente. Aunque los individuos con este trastorno generalmente evitarán robar si pueden ser arrestados inmediatamente (p. ej., si están a la vista de un policía), normalmente no planean los robos ni tienen plenamente en cuenta la posibilidad de ser arrestados. El robo se realiza sin la asistencia o colaboración de otras personas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con cleptomanía suelen intentar reprimir su impulso de robar y son conscientes de que el acto está mal y carece de sentido. El individuo con frecuencia teme ser arrestado y a menudo se siente deprimido o culpable por sus robos. Las vías de neurotransmisión asociadas con las adicciones conductuales, como las de los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y opioide, parecen jugar también un papel significativo en la cleptomanía.

Prevalencia

La cleptomanía se produce en cerca del 4–24 % de los individuos detenidos por robar en tiendas. Su prevalencia en la población general es muy rara, de aproximadamente el 0,3–0,6 %. El número de mujeres supera al de hombres en proporción de 3:1.

Desarrollo y curso

La edad de inicio de la cleptomanía es variable, aunque el trastorno empieza a menudo en la adolescencia. Sin embargo, el trastorno puede empezar en la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta, y en raras ocasiones en la edad adulta tardía. Hay poca información sistemática sobre el curso de la cleptomanía, aunque se han descrito tres cursos típicos: esporádico, con episodios breves y largos períodos de remisión; episódico, con largos períodos en los que se roba seguidos de períodos de remisión, y crónico, con algunos grados de fluctuación. El trastorno puede continuar durante años a pesar de las condenas por robo en tiendas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. No hay estudios controlados sobre los antecedentes familiares de la cleptomanía. Sin embargo, los familiares de primer grado de los individuos con cleptomanía pueden presentar unas tasas más altas de trastorno obsesivo-compulsivo que la población general. También parece haber una tasa de trastornos por consumo de sustancias, incluido el trastorno por consumo de alcohol, más alta entre los familiares de los individuos con cleptomanía que entre la población general.

Consecuencias funcionales de la cleptomanía

El trastorno puede causar problemas personales, profesionales, familiares y legales.

Diagnóstico diferencial

Robo ordinario. La cleptomanía debería diferenciarse de los actos ordinarios de robo y del robo en tiendas. El robo ordinario (ya sea planeado o impulsivo) es deliberado y está motivado por la utilidad del objeto robado o su valor monetario. Algunos individuos, especialmente los adolescentes, pueden también robar por desafío, como un acto de rebeldía o por un ritual de iniciación. El diagnóstico no se realiza a no ser que otras características típicas de la cleptomanía estén también presentes. La cleptomanía es extremadamente rara, mientras que el robo en tiendas es relativamente frecuente.

Hacerse el enfermo. En este caso, los individuos pueden simular los síntomas de la cleptomanía para evitar un juicio penal.

Trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de conducta. El trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de conducta se distinguen de la cleptomanía por el patrón general de comportamiento antisocial.

Episodios maníacos, episodios psicóticos y trastorno neurocognitivo mayor. La cleptomanía debería distinguirse del robo intencionado o no intencionado que puede suceder durante un episodio maníaco, en respuesta a delirios o alucinaciones (p. ej., en la esquizofrenia) o como resultado de un trastorno neurocognitivo mayor.

Comorbilidad

La cleptomanía puede asociarse con las compras compulsivas, así como con los trastornos depresivo y bipolar (especialmente el trastorno depresivo mayor), los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria (particularmente la bulimia nerviosa), los trastornos de la personalidad, el trastorno por consumo de sustancias (especialmente el trastorno por consumo de alcohol) y otros trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado

312.89 (F91.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o de otro tipo importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría de otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disruptivo específico, del control de los impulsos y de la conducta. Esto se hace registrando "otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "arrebatos recurrentes de comportamiento, de frecuencia insuficiente").

Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado

312.9 (F91.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, profesional o de otro tipo importantes para el individuo, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta. La categoría trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de un trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta específico e incluye las presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina [o las arilciclohexilaminas con acción similar] y otros alucinógenos), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas 10 clases no son completamente diferentes. Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de abuso activan directamente las vías de recompensa. Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de droga produce la recompensa son diferentes, aunque generalmente las drogas activan el sistema y producen sentimientos de placer, denominados frecuentemente "subidón". Asimismo, los individuos con menores niveles de autocontrol, que reflejan disfunciones en los mecanismos de inhibición cerebral, están más predispuestos a desarrollar trastornos por consumo de sustancias, lo que sugiere que, en algunas personas, se pueden evidenciar las raíces de estos trastornos a través de los comportamientos que se instauran con bastante anterioridad al propio consumo de la sustancia.

Además de los trastornos relacionados con sustancias, este capítulo también incluye el juego patológico, puesto que existe evidencia de que los comportamientos de juego patológico activan los sistemas de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque éste produce síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias. Se han descrito otros patrones de comportamiento excesivos, como el juego en internet, pero la investigación acerca de éste y otros síndromes comportamentales no es muy sólida. Por tanto, no se han incorporado los grupos de comportamientos repetitivos, que algunos califican como *adicciones comportamentales,* como la adicción al sexo, la adicción al ejercicio, o la adicción a las compras, puesto que no existen suficientes datos científicos para establecer los criterios diagnósticos y las descripciones de su curso, fundamentales para considerar estos comportamientos como trastornos mentales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Los siguientes cuadros se consideran dentro del grupo de inducidos por sustancias: la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares y relacionados, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el delirium y los trastornos neurocognitivos).

Esta sección comienza con una explicación general de los criterios del trastorno por consumo de sustancias, de la intoxicación y la abstinencia de sustancias y de otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos que, en general, se aplican a todas las clases de sustancias. Con el objetivo de reflejar las particularidades de cada una de las 10 clases de sustancias, el resto del capítulo está organizado por clase de sustancia y por aspectos específicos. Para facilitar el diagnóstico diferencial, el texto y los criterios de los otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos se incluyen en el apartado del trastorno con el que comparten la fenomenología (p. ej., el trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos está en el capítulo "Trastornos depresivos"). Las categorías diagnósticas generales asociadas a cada grupo específico de sustancias se muestran en la tabla 1.

<= Ir a la Clasificación

TABLA 1 Diagnósticos asociados a una clase de sustancia

	Trastornos psicóticos	Trastornos bipolares	Trastornos depre-sivos	Trastornos de ansiedad	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacio-nados	Trastornos del sueño	Disfunciones sexuales	Delirium	Trastornos neuro-cognitivos	Trastornos por consumo de sustancias	Intoxicación por sustancias	Abstinencia de sustancias
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I		I/A					X	X
Cannabis	I			I		I/A		I		X	X	X
Alucinógenos												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Otros alucinógenos	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioides			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco						A				X		X
Otras (o desconocida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X

Nota. X = la categoría está reconocida en el DSM-5.
I = se puede añadir el especificador "inicio durante la intoxicación".
A = se puede añadir el especificador "inicio durante la abstinencia".
I/A = se puede añadir "inicio durante la intoxicación" o "inicio durante la abstinencia".
P = el trastorno es persistente.
*También trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (*flashbacks*).
**Incluye sustancias anfetamínicas, cocaína y otros estimulantes sin especificar.

Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos por consumo de sustancias

Características

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. Tal y como se muestra en la tabla 1, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se puede realizar sobre las 10 clases que se han incluido en este capítulo, excepto para la cafeína. En algunas sustancias, estos síntomas son menos llamativos, e incluso no se producen todos los síntomas (p. ej., no se especifican síntomas de abstinencia en el trastorno por consumo de fenciclidina, de otros alucinógenos o por el de inhalantes).

Una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga. Las aproximaciones terapéuticas a largo plazo son beneficiosas para estos efectos persistentes de las drogas.

Globalmente, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. En cuanto a la organización diagnóstica, el criterio A es aplicable a todos los grupos de criterios que se refieren al *control deficitario,* al *deterioro social,* al *consumo de riesgo* y a los *farmacológicos.* El control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios (Criterios 1-4). La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto (Criterio 1). La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste (Criterio 2). La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos (Criterio 3). En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo (Criterio 4) manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido o consumido la sustancia anteriormente. Este deseo intenso de consumo se atribuye al condicionamiento clásico y se asocia a la activación de las estructuras cerebrales específicas del sistema de recompensa. La exploración del deseo se realiza preguntándole a la persona si ha tenido alguna vez una fuerte necesidad de consumo que le ha impedido pensar u ocuparse de cualquier otra cosa. El deseo intenso actual es un marcador frecuente para la valoración de los resultados de un tratamiento, puesto que puede considerarse una señal de recaída inminente.

El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios (Criterios 5-7). El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico (Criterio 5). La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo (Criterio 6). Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias (Criterio 7). La persona puede descuidar o abandonar las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo.

El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (Criterios 8 y 9). Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico (Criterio 8). La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo (Criterio 9). El punto clave a la hora de valorar este criterio no es tanto la existencia del problema como el fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca.

<= Ir a la Clasificación

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (Criterios 10 y 11). La tolerancia (Criterio 10) se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla tolerancia varía en cada persona, además de para cada sustancia, e incluye una diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central. Por ejemplo, la tolerancia para la depresión respiratoria, la coordinación motriz y la sedación se puede desarrollar en diferentes grados, dependiendo de la sustancia. Es complicado determinar la tolerancia según los antecedentes y, por ello, resulta de utilidad emplear pruebas de laboratorio (p. ej., unos niveles elevados de la sustancia en la sangre junto con una escasa evidencia de intoxicación podrían indicar tolerancia). Por otra parte, también se podría discernir entre tolerancia y variabilidad individual por la sensibilidad inicial a los efectos de una sustancia en particular. Por ejemplo, algunas personas que beben alcohol por primera vez muestran poca evidencia de intoxicación después de tres o cuatro copas, mientras que otras, con un peso y unos antecedentes de consumo similares, presentan un discurso disártrico y falta de coordinación.

La abstinencia (Criterio 11) es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia. Estos síntomas difieren enormemente según la clase de sustancia, por lo que se han descrito conjuntos de criterios diferentes para cada droga. Los signos de abstinencia del alcohol, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos son frecuentes y acentuados, y se pueden evaluar de una manera sencilla. Los signos y síntomas de los estimulantes (las anfetaminas y la cocaína), del tabaco y del cannabis también son frecuentes pero no tan marcados. En cuanto a la fenciclidina, otros alucinógenos y los inhalantes, no se ha descrito en los humanos la existencia de una abstinencia significativa tras su consumo repetido, por lo que este criterio no se incluye en estas sustancias. De todas maneras, no es necesario que exista tolerancia o abstinencia para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Sin embargo, en la mayor parte de las sustancias, los antecedentes previos de abstinencia se asocian con un curso clínico más grave (es decir, el inicio precoz del trastorno, unas cantidades elevadas de consumo de la sustancia y un mayor número de problemas relacionados con la sustancia).

Los síntomas de tolerancia y abstinencia, que acontecen durante un tratamiento médico apropiado con medicamentos prescritos (p. ej., analgésicos opioides, sedantes, estimulantes) *no* se deberían considerar a la hora de establecer un trastorno por consumo de sustancias. La aparición de una tolerancia y una abstinencia farmacológicas, esperables y normales durante el tratamiento médico ha implicado un diagnóstico erróneo de adicción incluso cuando sólo aparecían esos síntomas. Las personas cuyos síntomas *sólo* aparecen como resultado del tratamiento médico, es decir, la tolerancia y la abstinencia como parte del tratamiento médico prescrito, no deberían recibir el diagnóstico basándose únicamente en dichos síntomas. Sin embargo, los medicamentos que han sido prescritos se pueden tomar de forma inapropiada y, por tanto, se podría diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias si se presentan, además, otros síntomas comportamentales de búsqueda compulsiva de la sustancia.

Gravedad y especificadores

Los trastornos por consumo de sustancias aparecen en un amplio rango de gravedad, desde leve a grave, basando dicha gravedad en el número de criterios sintomáticos que se cumplen. Como estimador general de gravedad, se considera que un trastorno es *leve* si se presentan 2 o 3 síntomas, *moderado* si tiene entre 4 y 5 síntomas, y es *grave* a partir de 6 o más síntomas. La variación de la gravedad se refleja en la reducción y el aumento de la frecuencia del consumo y/o de las dosis, tal y como refiera la persona, las personas allegadas, las observaciones del clínico y las pruebas de laboratorio. Los trastornos por consumo de sustancias disponen también de los especificadores de curso que se detallan a continuación: "en remisión inicial", "en remisión sostenida", "en terapia de mantenimiento" y "en un entorno controlado". La definición de cada uno se encuentra en cada grupo de criterios correspondientes.

Procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 304.10 (F13.20) trastorno moderado por consumo de alprazolam (mejor que trastorno por consumo moderado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), o bien 305.70 (F15.10) trastorno por consumo moderado de metanfetamina (mejor que trastorno por consumo moderado de estimulantes). Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej., los esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de trastorno por consumo de otras sustancias e indicar la sustancia específica (p. ej., 305.90 [F19.10] trastorno leve por consumo de esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase "otra (o desconocida)" (p. ej., 304.90 [F19.20] trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos (p. ej., 304.00 [F11.20] trastorno grave por consumo de heroína; 304.20 [F14.20] trastorno moderado por consumo de cocaína).

El código adecuado de la CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia (ya sea por intoxicación o por abstinencia). En el ejemplo anterior, el código diagnóstico de un trastorno moderado por consumo de alprazolam, F13.20, refleja la ausencia de un trastorno mental concomitante inducido por alprazolam. Puesto que los códigos CIE-10-MC para los trastornos inducidos por sustancias indican tanto la presencia (o ausencia) como la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia, dichos códigos solamente se pueden utilizar si no existe un trastorno inducido por una sustancia. Para más información sobre la codificación, véanse las secciones concretas específicas de cada sustancia.

Obsérvese que la palabra *adicción* no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra *trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave, de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra *adicción* para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.

Trastornos inducidos por sustancias

La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (p. ej., el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno depresivo inducido por sustancias).

Intoxicación y abstinencia de una sustancia

Los criterios de intoxicación de una sustancia se incluyen en cada sección específica de la sustancia de este capítulo. La característica esencial se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia (Criterio A). Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación (p. ej., la beligerancia, la labilidad emocional, el juicio deteriorado), se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo (Criterio B). Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación es frecuente en las personas con un trastorno por consumo de sustancias, pero puede aparecer en las personas sin dicho trastorno. Esta categoría *no* es aplicable al tabaco.

Los cambios más frecuentes en la intoxicación conllevan alteraciones de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. Las intoxicaciones a corto plazo o "agudas" pueden presentarse con diferentes signos y síntomas que

aquellas continuadas o "crónicas". Por ejemplo, las dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente sociabilidad, pero si esas dosis se ingieren durante días o semanas, puede aparecer aislamiento social.

Cabe destacar que el término *intoxicación* tiene una concepción más amplia desde el punto de vista fisiológico que el que se define en este manual. Muchas sustancias que no son necesariamente problemáticas pueden producir cambios fisiológicos o psicológicos. Por ejemplo, una persona; que tiene una taquicardia debida al consumo de una sustancia presenta un efecto fisiológico sin embargo, si éste es el único síntoma en ausencia de un comportamiento problemático, no se debería diagnosticar una intoxicación. La intoxicación puede persistir más tiempo del que la sustancia es detectable en el cuerpo. Esto se debe a los efectos permanentes sobre el sistema nervioso central, cuya recuperación lleva más tiempo que la eliminación de la sustancia. Estos efectos a largo plazo se deben distinguir de la abstinencia (es decir, de los síntomas que se inician tras la reducción de las concentraciones de sustancia en la sangre o los tejidos).

Los criterios de abstinencia de la sustancia se incluyen en las secciones específicas de la sustancia de este capítulo. La característica esencial es el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia (Criterio A). El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia tiene una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas.

Vía de administración y velocidad de los efectos de la sustancia

Las vías de administración que producen una absorción en el torrente sanguíneo de una manera más rápida y eficiente (p. ej., intravenosa, fumada, intranasal "esnifada") tienden a desembocar en una intoxicación más intensa y tienen mayor probabilidad de que se produzca un patrón de escalada de consumo de la sustancia para la que aparece la abstinencia. De manera similar, las sustancias que actúan rápidamente son más proclives a producir una intoxicación inmediata en comparación con aquellas de acción lenta.

Duración de los efectos

Dentro de la misma categoría de droga, las sustancias con una acción relativamente corta suelen conllevar un alto potencial de desarrollo de abstinencia en comparación con aquellas con una acción de duración prolongada. Sin embargo, las sustancias de acción prolongada suelen implicar una abstinencia de mayor duración. La vida media de la sustancia se parece en algunos aspectos a la abstinencia: cuanta mayor es la duración de la acción, mayor es el período entre el cese de la sustancia y el inicio de los síntomas de abstinencia, y mayor es la duración de la abstinencia. En general, cuanto más largo es el período de abstinencia aguda, menor intensidad tiene el síndrome.

Consumo de varias sustancias

La intoxicación y la abstinencia suelen acontecer tras el consumo de diferentes sustancias de manera simultánea o secuencial. En estos casos, debe establecerse cada diagnóstico por separado.

Resultados de laboratorio asociados

Los análisis de laboratorio en muestras de sangre y orina pueden ayudar a determinar el consumo reciente y la sustancia específica implicada. Sin embargo, un resultado positivo en una prueba de laboratorio no indica por sí mismo que la persona presente un patrón de consumo de sustancia que reúna los criterios diagnósticos de trastorno por consumo o inducido por sustancias, y viceversa, un resultado negativo tampoco descarta el diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio son útiles para identificar la abstinencia. Si la persona presenta síntomas de abstinencia de una sustancia desconocida, las pruebas de laboratorio pueden contribuir a detectar la

sustancia y a diferenciar la abstinencia de otros trastornos mentales. Además, un funcionamiento normal en presencia de unos niveles elevados de la sustancia en sangre indica una tolerancia considerable.

Desarrollo y curso

Las personas con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años presentan unas tasas relativamente elevadas de consumo de prácticamente todas las sustancias. La intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con las sustancias y frecuentemente comienza en la adolescencia. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad siempre y cuando se haya consumido la droga principal en una dosis suficiente durante un período de tiempo prolongado.

Procedimientos de registro de la intoxicación y la abstinencia

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 292.0 (F13.239) abstinencia de secobarbital (mejor que abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), o bien 292.89 (F15.129) intoxicación por metanfetamina (mejor que intoxicación por estimulantes). Obsérvese que el código diagnóstico adecuado de la CIE-10-MC para la intoxicación depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de sustancias. En este caso el código F15.129 de la metanfetamina indica la presencia de un trastorno concomitante leve por consumo de metanfetamina. Si no existiera un trastorno concomitante por consumo de metanfetamina, el código diagnóstico habría sido F15.929. Las reglas de codificación de la CIE-10-MC exigen que todos los códigos de abstinencia impliquen un trastorno de moderado a grave por consumo de la sustancia correspondiente. En el caso anterior, el código de abstinencia de secobarbital (F13.239) indica la presencia concomitante de un trastorno moderado a grave por consumo de secobarbital. Consúltense las notas de codificación de los síndromes de intoxicación y abstinencia de cada sustancia para saber las opciones concretas de codificación.

Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej., esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de intoxicación por otra sustancia e indicar la sustancia específica (p. ej., 292.89 [F19.929] intoxicación por esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase "otra (o desconocida)" (p. ej., 292.89 [F19.929] intoxicación por sustancia desconocida). Si existen síntomas o problemas asociados a una sustancia específica pero no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico de una sustancia, se puede utilizar la categoría de no especificado (p. ej., 292.9 [F12.99] trastorno no especificado relacionado con el cannabis).

Como ya se ha dicho, los códigos de la CIE-10-MC relacionados con sustancias combinan el aspecto del propio cuadro clínico del trastorno por consumo de sustancias con el aspecto de ser inducido por la sustancia, en un único código combinado. De este modo, si existe tanto un trastorno por abstinencia de heroína como uno moderado por consumo de la misma, se aplica el código único F11.23 que abarca ambas presentaciones. En la CIE-9-MC se aplican códigos diagnósticos diferentes (292.0 y 304.00) para indicar respectivamente un trastorno por abstinencia y uno moderado por consumo de heroína. Para más información sobre la codificación, véanse las secciones concretas específicas de cada sustancia.

Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas. Se diferencian del trastorno por consumo de sustancias en que un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado a pesar de los problemas significativos relacionados con la sustancia. Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos pueden aparecer en cualquiera de las 10 clases de sustancias que producen un trastorno de consumo de sustancias, o en una gran diversidad de medicamentos empleados en tratamientos médicos. Cada trastorno mental inducido se refleja en el capítulo correspondiente (p. ej., Trastornos depresivos, Trastornos neurocognitivos), y por tanto, sólo se aportan aquí descripciones breves. Todos los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos comparten ciertas características. Es importante reconocer estos aspectos comunes para conseguir detectar estos trastornos. Estas características se describen a continuación:

A. La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.
B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:

   1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento; y
   2. La sustancia/medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.

C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:

   1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al medicamento; o
   2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p. ej., al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la medicación. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.

D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.
E. La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Características

Es posible establecer algunas generalidades con respecto a las categorías de las sustancias capaces de producir trastornos inducidos que se destaquen clínicamente. En general, las drogas más sedativas (los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el alcohol) pueden causar trastornos depresivos importantes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias se suelen observar alteraciones ansiosas. Asimismo, durante la intoxicación, las sustancias más estimulantes (p. ej., las anfetaminas y la cocaína) suelen asociarse a trastornos psicóticos y de ansiedad inducidos, mientras que los episodios depresivos mayores inducidos suelen aparecer durante la abstinencia. Por otra parte, es probable que tanto las drogas sedativas como las estimulantes produzcan alteraciones del sueño y sexuales significativas aunque temporales. La tabla 1 recoge una revisión de la relación entre las categorías específicas de sustancias y los síndromes psiquiátricos.

Las afecciones inducidas por medicamentos incluyen aquellas reacciones que son frecuentemente idiosincráticas del SNC o los casos extremos de efectos secundarios de una diversidad de medicamentos que se administran para los diferentes problemas médicos. Estas reacciones abarcan las complicaciones neurocognitivas de los anestésicos, antihistamínicos y antihipertensivos, y de una diversidad de medicaciones y toxinas (p. ej., los organofosfatos, los insecticidas, el monóxido de carbono) que se describen en el capítulo de los trastornos neurocognitivos. De forma temporal pueden aparecer síndromes psicóticos tras la administración de fármacos anticolinérgicos, cardiovasculares y esteroides, además de tras el consumo de fármacos de tipo estimulante y depresivo con o sin receta médica. Otros medicamentos se asocian a síndromes ansiosos, a disfunciones sexuales y a alteraciones temporales del sueño.

En general, para realizar un diagnóstico de trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos debe existir evidencia de que el trastorno no se puede explicar mejor por un trastorno mental independiente. Este último es más probable que aparezca si ya existía un trastorno mental antes de la intoxicación y de la abstinencia agudas, o antes de la administración de la medicación o, a excepción de los trastornos persistentes inducidos por algunas sustancias que se enumeran en la tabla 1, si éste continúa existiendo más de un mes después de cesar la abstinencia aguda, la into-

xicación grave o la administración de medicamentos. Cuando los síntomas se observan sólo en el transcurso de un delirium (p. ej., el delirium por abstinencia del alcohol), el trastorno mental debe diagnosticarse como un delirium, y el síndrome psiquiátrico que aparece durante el delirium no se debería diagnosticar de forma independiente, puesto que muchos síntomas (como las alteraciones del humor, la ansiedad y el sentido de realidad) son frecuentes durante los estados confusionales y de agitación. Las características asociadas a cada trastorno mental principal son similares tanto si se presentan de manera independiente como si aparecen en un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos. Sin embargo, las personas con un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos son más proclives a mostrar también las características asociadas a la categoría específica de la sustancia o de la medicación, que han sido descritas en otros apartados de este capítulo.

Desarrollo y curso

Los trastornos mentales inducidos por sustancias se desarrollan en el contexto de una intoxicación o una abstinencia a sustancias de abuso, y los inducidos por medicamentos se observan tras la administración de medicamentos prescritos o sin receta que se toman en la dosis indicada. Ambos cuadros suelen ser temporales y desaparecen aproximadamente un mes después de cesar la abstinencia aguda, la intoxicación grave o la administración del medicamento. Existen algunas excepciones que tienen lugar en los trastornos inducidos por sustancias de larga duración: los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias que se asocian a afecciones como el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol, el trastorno neurocognitivo inducido por inhalantes, el trastorno neurocognitivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*; véase la sección sobre Trastornos relacionados con los alucinógenos en este mismo capítulo). No obstante, la mayoría de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, independientemente de la gravedad de los síntomas, suelen mejorar rápidamente tras la abstinencia y, en general, no persisten de una manera clínicamente destacada más de un mes después de cesar el consumo.

Pese a que el consumo grave de sustancias suele implicar muchas consecuencias, algunas personas tienen una especial predisposición a padecer trastornos inducidos por sustancias. Del mismo modo, también hay personas con predisposición a manifestar efectos secundarios psiquiátricos tras tomar algunas clases de medicamentos. Sin embargo, no está claro si las personas con antecedentes familiares o personales de trastorno mental independiente son más vulnerables a presentar un síndrome inducido, una vez que se ha hecho la consideración de si la cantidad y la frecuencia del consumo han sido suficientes para ocasionar la aparición del síndrome inducido por sustancias.

Existe evidencia acerca de que el consumo de sustancias o de medicaciones con efectos secundarios psiquiátricos, en el contexto de un trastorno mental preexistente, conlleva la intensificación de un síndrome independiente preexistente. El riesgo de padecer un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos aumenta tanto por la cantidad como por la frecuencia del consumo de la sustancia.

El perfil sintomático de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos se asemeja al de los trastornos mentales independientes. Pese a que los síntomas de los trastornos mentales inducidos pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., delirios, alucinaciones, psicosis, episodios depresivos mayores, síndromes de ansiedad) y pueden implicar las mismas consecuencias graves (p. ej., suicidio), la mayor parte de los trastornos inducidos suele mejorar en cuestión de días o semanas de abstinencia.

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos suponen una parte importante del diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos independientes. Es igualmente importante reconocer la presencia de un trastorno mental inducido que identificar el posible papel de algunas afecciones médicas y reacciones a los medicamentos antes de establecer un diagnóstico de trastorno mental independiente. Los síntomas de los trastornos mentales inducidos y de los trastornos mentales independientes pueden ser idénticos de forma transversal, pero su tratamiento y pronóstico son diferentes.

Consecuencias funcionales de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Las mismas consecuencias que se asocian a los trastornos mentales independientes (p. ej., los intentos de suicidio) se aplican a los trastornos mentales inducidos, pero en el caso de estos últimos, éstas suelen desaparecer al mes posterior tras la abstinencia. De manera similar, las consecuencias funcionales asociadas a los trastornos mentales independientes suelen aparecer en los trastornos mentales inducidos.

Procedimientos de registro de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

En otros capítulos del manual se indican las notas de codificación y los procedimientos individualizados de registro de los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos específicos, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos: Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastorno bipolar y trastornos relacionados, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, Trastornos del sueño-vigilia, Disfunciones sexuales y Trastornos neurocognitivos). Generalmente, en el caso de la CIE-9-MC, si un trastorno mental está inducido por un trastorno por consumo de una sustancia, se da un código distinto para el trastorno por consumo de la sustancia en concreto, aparte del código del trastorno mental inducido por la sustancia/medicamento. En el caso de la CIE-10-MC, un único código combina el trastorno mental inducido por la sustancia con el trastorno por consumo de la misma. No se indica un diagnóstico separado del trastorno concomitante por consumo de la sustancia, aunque se utilizan el nombre y la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia específica (si existe) cuando se registra el trastorno mental inducido por esa sustancia/medicamento. También se indican los códigos CIE-10-MC en las situaciones en las que el trastorno mental provocado por la sustancia/medicamento no se debe a un trastorno por consumo de esa sustancia (es decir, cuando el trastorno es inducido por un uso aislado de la sustancia o el medicamento). En el apartado de Procedimientos de registro de cada trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos que aparece en los capítulos correspondientes, se ofrece la información adicional necesaria para registrar el nombre del diagnóstico del correspondiente trastorno mental.

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

Intoxicación por alcohol

Abstinencia de alcohol

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Trastorno por consumo de alcohol

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
   1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
   2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

<= Ir a la Clasificación

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
    a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
    a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol, págs. 499–500).
    b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia alcohólicas, o cualquier otro trastorno mental inducido por el alcohol, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alcohol viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el alcohol (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia alcohólicas, o de un trastorno mental específico inducido por el alcohol). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de alcohol y una intoxicación alcohólica concomitantes, solamente se indica el código de la intoxicación por alcohol, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo alcohólico es leve, moderado o grave: F10.129 para un trastorno leve por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol, o F10.229 para un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol.

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se emplea como un especificador de la remisión si la persona se encuentra en remisión y en un entorno controlado; es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada en un entorno controlado. Algunos ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios con estrecha supervisión y libres de drogas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

La gravedad del trastorno se basa en el número de criterios diagnósticos que se cumplen. Para una misma persona, los cambios en la gravedad del trastorno por consumo de alcohol a lo largo del tiempo se reflejan en la reducción de la frecuencia (p. ej., días de consumo al mes) y/o la dosis de alcohol consumida (p. ej., el número de bebidas al día), evaluada mediante el autoinforme del paciente, de sus allegados, de las observaciones del clínico y, cuando sea posible, por las pruebas biológicas (p. ej., la elevaciones en los análisis de sangre como las descritas para este trastorno en el apartado Marcadores diagnósticos).

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Como la abstinencia de alcohol puede ser muy desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas.

El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta. Los rendimientos académico y laboral pueden deteriorarse por los efectos tras el consumo o por las intoxicaciones tanto en los lugares de trabajo como de estudio, puede descuidarse tanto el cuidado de los hijos como las responsabilidades domésticas, y suele ser habitual el absentismo académico y laboral. La persona podría consumir alcohol incluso en circunstancias peligrosas (p. ej., al conducir un coche, nadar y operar con maquinaria). Finalmente, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden continuar con el consumo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos (p. ej., amnesia, afección hepática), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con la pareja, abuso infantil).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno por consumo de alcohol suele asociarse a los mismos problemas que aparecen con el consumo de otras sustancias (p. ej., el cannabis, la cocaína, la heroína, las anfetaminas, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos). Se puede consumir alcohol para aliviar los efectos indeseados de otras sustancias o para sustituir a éstas si no están disponibles. Algunos síntomas, como los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo.

La ingesta repetida de altas dosis de alcohol puede afectar a casi todos los sistemas orgánicos, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y los sistemas nerviosos central y periférico. Los efectos gastrointestinales son las gastritis, las úlceras estomacales o duodenales y, en aproximadamente un 15 % de las personas con consumo grave, la cirrosis hepática y/o la pancreatitis. También presentan un riesgo incrementado de cáncer de esófago, de estómago y de otras partes del tracto gastrointestinal. Una de las afecciones asociada con mayor frecuencia es la hipertensión de bajo grado. La cardiomiopatía y otras miopatías son menos frecuentes, pero pueden aparecer en los gran-

des consumidores. Estos factores, junto con el incremento de los niveles de triglicéridos y de colesterol LDL, contribuyen a elevar el riesgo de afección cardíaca. La neuropatía periférica puede manifestarse como debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Entre los efectos del sistema nervioso central se encuentran los déficits cognitivos, la amnesia grave y los cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos se relacionan directamente con el alcohol, con los traumatismos y con las deficiencias de vitaminas (particularmente de las vitaminas del grupo B, incluyendo la tiamina). Un efecto poco frecuente, aunque devastador, del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol, o síndrome Wernicke-Korsakoff, en el que se daña gravemente la capacidad de codificar nueva información. Esta afección se describe en el capítulo de Trastornos neurocognitivos y se recoge bajo el término *Trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos.*

El trastorno por consumo de alcohol es un factor importante para el riesgo de suicidio durante la intoxicación grave y en el contexto de un trastorno depresivo inducido por el alcohol. También existe una tasa elevada de comportamientos suicidas y de suicidios consumados en las personas con este trastorno.

Prevalencia

El trastorno por consumo de alcohol es frecuente. En Estados Unidos, la prevalencia a los 12 meses para el trastorno por consumo de alcohol se estima en un 4,6 % en los adolescentes de entre 12 y 17 años y en un 8,5 % en los adultos mayores de 18 años. Las tasas del trastorno son mayores en los hombres adultos (12,4 %) que en las mujeres (4,9 %). La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de alcohol en los adultos disminuye en la madurez, y alcanza la tasa más elevada entre los 18 y los 29 años (16,2 %), y la mínima en las personas con más de 65 años (1,5 %).

La prevalencia a los 12 meses difiere notablemente en cada subgrupo racial/étnico de la población norteamericana. De los 12 a los 17 años, las tasas son superiores en los hispanos (6,0 %) y en los americanos nativos y de Alaska (5,7 %), en comparación con los blancos (5,0 %), los afroamericanos (1,8 %) y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (1,6 %). Por el contrario, en la edad adulta, esta prevalencia es claramente mayor entre los americanos nativos y de Alaska (12,1 %) que entre los blancos (8,9 %), los hispanos (7,9 %), los afroamericanos (6,9 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (4,5 %).

Desarrollo y curso

El primer episodio de intoxicación por alcohol suele suceder hacia la mitad de la adolescencia. Los problemas relacionados con el alcohol que no cumplen todos los criterios de trastorno de consumo o los problemas aislados suelen suceder antes de los 20 años, pero la edad de inicio del trastorno por consumo de alcohol con dos o más criterios alcanza el máximo en la adolescencia tardía o al inicio o la mitad de la veintena. La gran mayoría que desarrolla trastornos relacionados con el alcohol los desarrolla al final de la treintena. Las primeras evidencias de la abstinencia no suelen aparecer hasta que no se desarrollan otros aspectos del trastorno por consumo de alcohol. El inicio temprano del trastorno por consumo de alcohol se observa en los adolescentes con problemas de comportamiento preexistentes y en aquellos con un inicio precoz de la intoxicación.

El trastorno por consumo de alcohol tiene un curso variable y se caracteriza por períodos de remisión y de recaída. La decisión para abandonar el consumo suele responder a una crisis, y es probable que se acompañe de semanas o meses de abstinencia, seguidos de períodos limitados de bebida controlada o no problemática. No obstante, una vez que se retoma la ingesta de alcohol, es muy probable que el consumo se incremente de forma rápida y que reaparezcan los problemas graves.

El trastorno por consumo de alcohol suele percibirse erróneamente como una afección intratable, basándose quizás en el hecho de que las personas que acuden a tratamiento tienen frecuentemente antecedentes de haber tenido problemas graves relacionados con el alcohol durante muchos años. Sin embargo, estos casos tan graves representan sólo una pequeña proporción de personas con este trastorno, y el individuo típico con este trastorno tiene un pronóstico mucho más alentador.

Entre los adolescentes, el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial persistente suelen aparecer de forma concomitante con el trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias. Aunque la mayoría de las personas con el trastorno por consumo de alcohol desarrolla la afección antes de los 40 años, alrededor de un 10 % presentan un inicio tardío. Los cambios físicos relacionados con la edad en las personas mayores conllevan una susceptibilidad cerebral incrementada a los efectos depresivos del alcohol, disminuyen las tasas de metabolismo hepático de ciertas sustancias, incluido el alcohol, y hay un menor porcentaje de agua corporal. Estos cambios pueden provocar que las personas mayores desarrollen intoxicaciones más graves y otros problemas derivados con menores ingestas. Los problemas relacionados con el alcohol de las personas mayores se suelen asociar de una manera especial con otras complicaciones médicas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Comprenden las actitudes culturales hacia la bebida y la intoxicación, la disponibilidad del alcohol (incluido el precio), las experiencias personales adquiridas con el alcohol y los niveles de estrés. Entre los mediadores potenciales para el desarrollo de problemas con el alcohol en las personas predispuestas se encuentran el consumo grave de sustancias entre los compañeros, las expectativas positivas exageradas sobre los efectos del alcohol y las habilidades inadecuadas para el afrontamiento del estrés.

Genéticos y fisiológicos. El trastorno por consumo de alcohol se da en familias, con un 40-60 % de la varianza del riesgo que se explica por las influencias genéticas. La tasa de este trastorno es de entre 3 y 4 veces mayor en los parientes cercanos de las personas con trastorno por consumo de alcohol, con valores más elevados para las personas con un mayor número de familiares afectados, con mayor carga genética compartida y con familiares con problemas más graves relacionados con el alcohol. Los gemelos monocigóticos presentan una tasa más elevada de trastorno por consumo de alcohol que los dicigóticos. El riesgo es entre el triple y el cuádruple para los hijos de las personas con trastorno por consumo de alcohol, incluso en aquellos casos en los que los niños fueron adoptados al nacer y los han criado padres adoptivos que no tenían el trastorno.

Los últimos avances en el conocimiento de los genes que operan a través de las características intermediarias (o fenotipos), que afectan al riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol, pueden ayudar a identificar a las personas que son particularmente vulnerables. Entre los fenotipos de bajo riesgo están aquellos que sufren un enrojecimiento agudo de la piel relacionado con el alcohol (muy prominente entre los asiáticos). Existe una vulnerabilidad mayor cuando se asocia a un trastorno psicótico o bipolar preexistente, así como a impulsividad (proclives a consumir todas las sustancias y al juego patológico) y a un nivel menor de respuesta (baja sensibilidad) al alcohol. Un cierto número de variaciones genéticas puede explicar la baja respuesta al alcohol o la modulación de los sistemas de recompensa dopaminérgica. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cualquier variación genética explica solamente un 1-2 % del riesgo de desarrollar estos trastornos.

Modificadores del curso. En general, los altos niveles de impulsividad se asocian con un inicio precoz y una mayor gravedad del trastorno por consumo de alcohol.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En la mayoría de las culturas, el alcohol es la sustancia que se emplea con más frecuencia para intoxicarse y que contribuye de forma notable a la morbilidad y la mortalidad. Se estima que un 3,8 % de todas las muertes globales y un 4,6 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad son atribuibles al alcohol. En Estados Unidos, un 80 % de los adultos (mayores de 18 años) ha consumido alcohol alguna vez en la vida, y un 65 % son bebedores actualmente (en los últimos 12 meses). Se calcula que un 3,6 % de la población mundial (entre 15 y 64 años) presenta un trastorno por consumo de alcohol en la actualidad (12 meses), con una menor prevalencia (1,1 %) en zonas de África, una tasa más elevada (5,2 %) en el continente americano (incluyendo desde el Norte al Sur de América y la zona del Caribe), y la mayor prevalencia (10,9 %) en la Europa del Este.

Los polimorfismos de los genes de las enzimas que metabolizan el alcohol, la alcohol deshidrogenasa y la aldehído deshidrogenasa, se han obtenido sobre todo en los asiáticos y afectan a la respuesta al alcohol. Cuando las personas con estas variaciones genéticas consumen alcohol suelen ruborizarse y experimentar palpitaciones, que pueden ser tan graves que pueden ocasionar que se limite o evite el consumo futuro de alcohol y, por tanto, se reduce el riesgo de trastorno por consumo de alcohol. Estas variaciones genéticas se producen en, al menos, un 40 % de los japoneses, chinos, coreanos y grupos relacionados en todo el mundo, y éstos son los que menor riesgo tienen de desarrollar este trastorno.

A pesar de que existen algunas pequeñas variaciones en los criterios individuales, los criterios diagnósticos funcionan de manera similar en la mayor parte de los grupos raciales/étnicos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los hombres presentan mayores tasas de consumo de alcohol y de trastornos relacionados que las mujeres. Sin embargo, puesto que las mujeres suelen pesar menos que los hombres, tienen más grasa y menos agua corporal, y metabolizan menos el alcohol en el esófago y en el estómago, son más proclives a desarrollar mayores niveles de alcohol en sangre por bebida que los hombres. Las mujeres que beben mucho son también más vulnerables a padecer las consecuencias físicas asociadas al alcohol, incluidas las afecciones hepáticas.

Marcadores diagnósticos

Las personas con un patrón de consumo intenso, que implica un riesgo más elevado de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol, se pueden identificar tanto por medio de cuestionarios estandarizados como por los resultados de las analíticas de sangre. Estas medidas no establecen un diagnóstico, pero pueden ser útiles a la hora de seleccionar a las personas que se deberían explorar con mayor profundidad. La prueba más directa disponible para medir el consumo de alcohol de manera transversal es la *concentración de alcohol en sangre*, que además puede emplearse para determinar la tolerancia al alcohol. Por ejemplo, una persona con una concentración de 150 mg de etanol por decilitro (dL) de sangre, que no muestra signos de intoxicación, hace sospechar que ha desarrollado al menos algún grado de tolerancia al alcohol. Las personas que no han desarrollado tolerancia y que tienen niveles de 200 mg/dL presentan signos graves de intoxicación.

Respecto a las pruebas de laboratorio, un indicador sensible de consumo grave es una elevación moderada (> 35 unidades) de la gamma-glutamiltransferasa (GGT). Éste puede ser el único resultado de laboratorio. Al menos un 70 % de las personas con altos niveles de GGT bebedor grave persistente (consumidores de 8 o más bebidas diarias de forma habitual). Una segunda prueba con niveles comparables de sensibilidad y especificidad es la transferrina sérica deficiente en carbohidratos (CDT), cuyos niveles de 20 unidades o más identifican a las personas con un consumo regular de 8 o más bebidas diarias. Puesto que los niveles de GGT y de CDT vuelven a la normalidad en cuestión de días o semanas tras haber cesado el consumo, pueden ser también de utilidad para controlar la abstinencia, especialmente cuando el clínico observa un incremento, en lugar de una disminución, en estos valores a lo largo del tiempo, lo que sugiere que la persona puede haber recaído en el consumo intenso. La combinación de las pruebas de CDT y GGT tiene mayor sensibilidad y especificidad en conjunto que cada prueba por separado. Otras pruebas de utilidad son el volumen corpuscular medio (VCM), que está elevado en las personas con un consumo intenso debido a los efectos tóxicos directos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el VCM puede ser de ayuda para detectar a las personas con consumo grave, es un método deficiente para seguir la abstinencia, dada la larga vida media de los glóbulos rojos. Las pruebas de función hepática (p. ej., la alanina aminotransferasa [ALT] y la fosfatasa alcalina) pueden indicar daño hepático como consecuencia del consumo grave. Otros marcadores potenciales, que no son específicos para el alcohol pero que pueden ayudar al clínico a detectar posibles efectos del alcohol, son las elevaciones en los niveles sanguíneos de lípidos (p. ej., los triglicéridos y el colesterol LDL) y de ácido úrico.

Los marcadores diagnósticos adicionales se relacionan con los signos y los síntomas que reflejan las consecuencias que frecuentemente se asocian con un consumo grave persistente. Por ejemplo, la dis-

pepsia, las náuseas y la distensión abdominal pueden acompañar a la gastritis, y la hepatomegalia, las varices esofágicas y las hemorroides pueden reflejar los cambios inducidos por el alcohol en el hígado. Otros signos de consumo grave pueden ser el temblor, la marcha inestable, el insomnio y la disfunción eréctil. Los hombres con consumo crónico de alcohol pueden presentar un tamaño testicular reducido y efectos feminizantes asociados con la reducción de los niveles de testosterona. El consumo grave persistente en las mujeres se asocia a irregularidades menstruales, y durante el embarazo se asocia con el aborto espontáneo y con el síndrome alcohólico fetal. Las personas con antecedentes previos de epilepsia o traumatismo cerebral grave son más proclives a desarrollar crisis comiciales en relación con el alcohol. La abstinencia del alcohol se asocia con náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y piel alterada, así como con un edema periférico leve.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de alcohol

Entre las características diagnósticas del trastorno por consumo de alcohol destacan las principales áreas del funcionamiento vital que probablemente se hayan deteriorado. Éstas comprenden la conducción y el manejo de maquinaria, el trabajo y la escuela, las relaciones interpersonales y la comunicación, y la salud. Los trastornos relacionados con el alcohol son responsables de absentismo laboral, de accidentes laborales y de baja productividad del empleado. Las tasas son elevadas en las personas sin techo, lo que puede reflejar la espiral descendente en el funcionamiento social y laboral. De todas formas, la mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol continúa viviendo con su familia y funciona dentro de sus puestos de trabajo.

El trastorno por consumo de alcohol se asocia con un aumento significativo en el riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que una de cada cinco admisiones en las unidades de cuidados intensivos de algunos hospitales urbanos se relaciona con el alcohol, y que el 40 % de las personas en Estados Unidos experimenta un evento adverso relacionado con el alcohol en algún momento de sus vidas. El alcohol está involucrado hasta en un 55 % de los accidentes de tráfico mortales. El trastorno por consumo de alcohol grave, especialmente en las personas con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia a la comisión de actos delictivos, entre ellos el homicidio. El consumo de alcohol grave problemático también produce desinhibición y sentimientos de tristeza e irritabilidad, que favorecen los intentos de suicidio y los suicidios consumados. La abstinencia imprevista de alcohol en los individuos hospitalizados por haberse pasado por alto un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol puede aumentar los riesgos y los costes de hospitalización y el tiempo de estancia en el hospital.

Diagnóstico diferencial

Uso no patológico de alcohol. El elemento clave del trastorno por consumo de alcohol es el uso de dosis altas de alcohol con un malestar recurrente y significativo o con un funcionamiento deteriorado. Aunque la mayoría de los bebedores a veces consume suficiente alcohol como para sentirse intoxicados, sólo una minoría (menos del 20 %) desarrollará el trastorno. Por lo tanto, el consumo en dosis bajas, incluso a diario, y la embriaguez ocasional no son suficientes para realizar este diagnóstico.

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas del trastorno por consumo de alcohol son similares a los observados en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los dos se deberían distinguir, sin embargo, porque el curso puede ser diferente, especialmente en relación con los problemas médicos.

Trastorno de conducta infantil y el trastorno de personalidad antisocial en el adulto. El trastorno por consumo de alcohol, junto con otros trastornos por consumo de sustancias, se ve en la mayoría de las personas con trastorno antisocial de la personalidad y cuando hay un trastorno de conducta preexistente. Debido a que estos diagnósticos se asocian con un inicio temprano del trastorno por consumo de alcohol, así como con un peor pronóstico, es importante establecer ambas entidades.

Comorbilidad

Los trastornos bipolares, la esquizofrenia y el trastorno antisocial de la personalidad, además de algunos trastornos depresivos y de ansiedad, se asocian con un aumento notable de la tasa de tras-

torno por consumo de alcohol. Al menos una parte de la asociación descrita entre la depresión y el trastorno por consumo de alcohol moderado o grave se puede atribuir a los síntomas comórbidos depresivos temporales inducidos por el alcohol, que son el resultado de los efectos agudos de la intoxicación o de la abstinencia. La intoxicación repetida grave también puede suprimir los mecanismos inmunes y predisponer a las personas a las infecciones y aumentar el riesgo de cáncer.

Intoxicación por alcohol

Criterios diagnósticos

A. Ingesta reciente de alcohol.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol.
C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:
    1. Habla disártrica.
    2. Descoordinación.
    3. Marcha insegura.
    4. Nistagmo.
    5. Alteración de la atención o de la memoria.
    6. Estupor o coma.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **303.00**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alcohol. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es **F10.129**; si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es **F10.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alcohol, entonces el código CIE-10-MC es **F10.929**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por alcohol es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que se desarrollan durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol (Criterio B). Estos cambios se acompañan de la evidencia de problemas del funcionamiento y del juicio y, si la intoxicación es intensa, puede ocasionar un coma con riesgo vital. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica (p. ej., la cetoacidosis diabética), no son un reflejo de alteraciones tales como el delirium, y no están relacionados con la intoxicación por otras drogas depresoras (p. ej., las benzodiazepinas) (Criterio D). Los niveles de falta de coordinación pueden interferir con las habilidades de conducción y con el rendimiento en las actividades habituales hasta el punto de causar accidentes. La evidencia del consumo de alcohol se puede obtener por el olor a alcohol en el aliento de la persona, al recabar información del individuo o de otro observador y, cuando sea necesario, realizándole al individuo análisis toxicológicos del aliento, la sangre o la orina.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La intoxicación por alcohol se asocia a veces con una amnesia de los acontecimientos ocurridos durante el transcurso de la intoxicación (lagunas mentales). Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de un alto nivel de alcohol en la sangre y, tal vez, con la rapidez con la que se alcanza este nivel. Incluso durante una intoxicación por alcohol leve, es probable que se observen diferentes síntomas en

diferentes momentos. En la mayoría de las personas se muestran evidencias de intoxicación de alcohol leve tras aproximadamente dos bebidas (cada bebida estándar es de aproximadamente 10 a 12 gramos de etanol y eleva la concentración de alcohol en sangre aproximadamente 20 mg/dL). Al comenzar a beber, cuando los niveles de alcohol en la sangre están aumentando, los síntomas que se presentan son la locuacidad, la sensación de bienestar y el humor expansivo optimista. Posteriormente, y especialmente cuando los niveles de alcohol en la sangre están disminuyendo, es probable que la persona se torne progresivamente más deprimida, retraída y que tenga dificultades cognitivas. Con unos niveles muy altos de alcohol en sangre (p. ej., 200-300 mg/dL) es probable que una persona, que no ha desarrollado tolerancia al alcohol, se quede dormida y entre en una primera fase de anestesia. Si estos niveles son más elevados (p. ej., por encima de 300-400 mg/dL) se puede producir la inhibición de la respiración y el pulso, e incluso la muerte en los individuos no tolerantes. La duración de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol que se ha consumido y durante cuánto tiempo se ha hecho. En general, el cuerpo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, por lo que el nivel de alcohol en la sangre suele disminuir a un ritmo de 15 a 20 mg/dL por hora. Los signos y síntomas de intoxicación suelen ser más intensos cuando se está elevando el nivel de alcohol en la sangre que cuando está disminuyendo.

La intoxicación por alcohol es un importante factor que contribuye a la conducta suicida. Parece que hay una mayor tasa de conductas suicidas, así como de suicidio consumado, entre las personas intoxicadas por alcohol.

Prevalencia

La gran mayoría de los consumidores de alcohol ha sufrido intoxicación en algún grado a lo largo de su vida. Por ejemplo, en 2010, el 44 % de los estudiantes de 2° de Bachillerato admitió haber estado borracho en el último año, y más del 70 % de los estudiantes universitarios afirmó lo mismo.

Desarrollo y curso

La intoxicación aparece generalmente como un episodio que suele durar desde minutos a horas aunque lo más frecuente es que se prolongue varias horas. En Estados Unidos, la edad promedio de la primera intoxicación es aproximadamente los 15 años, con la prevalencia más alta en aproximadamente desde los 18 a los 25 años. La frecuencia y la intensidad generalmente disminuyen con el paso de los años. Cuanto más pronto se produzca el inicio de las intoxicaciones habituales, mayor será la probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno por consumo de alcohol.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los episodios de intoxicación por alcohol son más frecuentes en las personas con una personalidad caracterizada por la búsqueda de sensaciones y la impulsividad.

Ambientales. Los episodios de intoxicación por alcohol son más frecuentes en los contextos de ingesta intensa.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las principales cuestiones con respecto al uso de alcohol, en general, se asemejan en las diferentes culturas. De este modo, las fraternidades y hermandades universitarias pueden alentar la intoxicación por alcohol. Este hecho también es frecuente en determinadas fechas de importancia cultural (p. ej., la víspera de Año Nuevo) y para algunos subgrupos durante eventos específicos (p. ej., el velatorio antes del funeral). Otros subgrupos animan a beber en las celebraciones religiosas (p. ej., las fiestas católicas y judías), mientras que otros desaconsejan todo consumo de alcohol o intoxicación (p. ej., algunos grupos religiosos, como los mormones, los cristianos fundamentalistas y los musulmanes).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Históricamente, en muchas sociedades occidentales se tolera más la bebida y la embriaguez en los varones, pero tales diferencias de género pueden ser mucho menos importantes en los últimos años, especialmente durante la adolescencia y la edad adulta joven.

Marcadores diagnósticos

La intoxicación se suele detectar mediante la observación del comportamiento y el olor a alcohol (fetor alcohólico) de un individuo. El grado de la intoxicación aumenta según el nivel de alcohol en la sangre o en el aliento y cuando se han ingerido otras sustancias, en especial las que tienen efectos sedantes.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por alcohol

La intoxicación por alcohol contribuye a las más de 30.000 muertes por consumo de alcohol en Estados Unidos cada año. Además, los efectos de la intoxicación, como conducir en estado de embriaguez, el absentismo académico y laboral, las discusiones interpersonales y las agresiones físicas, suponen una carga económica enorme.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. Hay varias afecciones médicas (p. ej., acidosis diabética) y neurológicas (p. ej., ataxia cerebelosa, esclerosis múltiple) que puede parecerse temporalmente a una intoxicación por alcohol.

Intoxicación de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación por medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos u otras sustancias sedantes (p. ej., los antihistamínicos, los anticolinérgicos) puede confundirse con la intoxicación por alcohol. El diagnóstico diferencial requiere detectar el fetor alcohólico, la medición de los niveles de alcohol en la sangre o en el aliento, la exploración médica y la recopilación de una buena historia. Los signos y síntomas de intoxicación por sedantes e hipnóticos son muy similares a los observados con el alcohol y entrañan cambios problemáticos del comportamiento o psicológicos similares. Estos cambios se acompañan de indicios de alteración del funcionamiento y del razonamiento que, de ser intensos, puede dar lugar a un coma con riesgo vital, y de niveles de descoordinación, que puede interferir con la capacidad de conducción y con la realización de las actividades cotidianas. Sin embargo, no hay olor, como sucede con el alcohol, pero es probable que se encuentre evidencia del consumo de la droga depresiva en los resultados toxicológicos de la sangre o la orina.

Comorbilidad

La intoxicación por alcohol puede producirse de manera comórbida con otra intoxicación por sustancias, sobre todo en las personas con un trastorno de la conducta o con trastorno de la personalidad antisocial.

Abstinencia de alcohol

Criterios diagnósticos

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:

1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
2. Incremento del temblor de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **291.81**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de alcohol sin alteraciones de la percepción es **F10.239** y el código CIE-10-MC para la abstinencia de alcohol con alteraciones de la percepción es **F10.232**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol, lo que refleja el hecho de que la abstinencia alcohólica solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol con una abstinencia alcohólica.

Especificadores

Cuando las alucinaciones se producen en ausencia de delirium (es decir, en un estado sensorial lúcido), debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de alcohol es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla tras varias horas o pocos días después del cese (o la reducción) del consumo intensivo y prolongado de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más síntomas que reflejan la hiperactividad autonómica y la ansiedad enumeradas en el criterio B, junto con los síntomas gastrointestinales.

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., el trastorno de ansiedad generalizada), incluyendo la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia (p. ej., sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) (Criterio D). Los síntomas pueden aliviarse mediante la administración de alcohol o benzodiazepinas (p. ej., diazepam). Los síntomas de abstinencia suelen comenzar cuando las concentraciones en sangre de alcohol disminuyen notablemente (es decir, en el plazo de 4-12 horas) después de que se haya detenido o reducido el consumo de alcohol. Como reflejo del metabolismo relativamente rápido del alcohol, los síntomas de abstinencia de alcohol presentan el pico de intensidad durante el segundo día de abstinencia y son susceptibles de mejorar notablemente al cuarto o quinto días. Tras la abstinencia aguda, sin embargo, los síntomas de ansiedad, el insomnio y la disfunción autonómica pueden persistir hasta 3-6 meses con menor intensidad.

Menos del 10 % de las personas que desarrollan abstinencia de alcohol desarrollará alguna vez síntomas radicales (p. ej., una hiperactividad autonómica grave, temblores, delirium). Las convulsiones tónico-clónicas generalizadas ocurren en menos del 3 % de las personas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Aunque la confusión y los cambios en la conciencia no son criterios básicos para la abstinencia de alcohol, puede aparecer un delirium (véase Delirium en el capítulo de trastornos neurocognitivos). Tal y como ocurre con cualquier estado confuso y agitado, independientemente de la causa que lo produzca, puede aparecer un estado confusional, además de una alteración de la conciencia y de la cognición, y alucinaciones visuales, táctiles o (raramente) auditivas (*delirium tremens*). Cuando se desarrolla el delirium de la abstinencia del alcohol, es probable que exista una afección médica importante a nivel clínico (p. ej., una insuficiencia hepática, una neumonía, una hemorragia gastrointestinal, las secuelas de un traumatismo craneoencefálico, una hipoglucemia, un desequilibrio electrolítico o un estado posoperatorio).

Prevalencia

Se estima que aproximadamente el 50 % de las personas con un trastorno por consumo de alcohol de clase media y altamente funcionales ha experimentado alguna vez un síndrome de abstinencia de alcohol completo. Entre las personas con este trastorno que están hospitalizadas o sin hogar, la tasa de abstinencia de alcohol puede ser mayor del 80 %. Menos del 10 % de los individuos en abstinencia llega a desarrollar un delirium o convulsiones.

Desarrollo y curso

La abstinencia de alcohol aguda se manifiesta como un episodio que suele durar 4-5 días y que sólo aparece tras períodos de consumo excesivo y prolongado. La abstinencia es relativamente rara en las personas menores de 30 años, y el riesgo y la gravedad aumentan con la edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La probabilidad de desarrollar abstinencia de alcohol aumenta con la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol. La mayoría de las personas que presentan abstinencia bebe diariamente y consume grandes cantidades (aproximadamente más de ocho bebidas por día) durante varios años. Sin embargo, existen grandes diferencias entre individuos, con un riesgo incrementado para las personas con afecciones médicas comórbidas, con antecedentes familiares de síndrome de abstinencia de alcohol (es decir, un componente genético), con historia personal de abstinencias previas, y con consumo de fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Marcadores diagnósticos

La hiperactividad autonómica en el contexto de unos niveles de alcohol en sangre moderadamente altos pero en descenso y los antecedentes de un consumo excesivo de alcohol prolongado aumentan la probabilidad de una abstinencia de alcohol.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de alcohol

Los síntomas de abstinencia pueden servir para perpetuar comportamientos con la bebida y contribuyen a la recaída, lo que ocasiona una alteración continuada del funcionamiento social y laboral. Los síntomas requieren que la desintoxicación se realice bajo supervisión médica, lo que implica el uso de recursos hospitalarios y la pérdida de productividad laboral. En general, la presencia de la abstinencia se asocia con un mayor deterioro funcional y con mal pronóstico.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. Los síntomas de la abstinencia de alcohol pueden parecerse a algunas afecciones médicas (p. ej., hipoglucemia y cetoacidosis diabética). El temblor esencial, un trastorno que se da con frecuencia en los miembros de una misma familia, puede plantear erróneamente un diagnóstico de temblor asociado con la abstinencia de alcohol.

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Esta abstinencia produce un síndrome muy similar al del alcohol.

Comorbilidad

Es más probable que aparezca abstinencia con un consumo de alcohol más grave, y que se observe más a menudo en las personas con trastornos de personalidad antisocial y de conducta. Los estados de abstinencia también son más graves en las personas mayores, en las personas que también son dependientes de otras drogas depresoras (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) y en los individuos que han tenido más experiencias de abstinencia de alcohol en el pasado.

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos); trastorno bipolar inducido por el alcohol (Trastorno bipolar y trastornos relacionados); trastorno depresivo inducido por el alcohol (Trastornos depresivos); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (Trastornos de ansiedad); trastorno del sueño inducido por el alcohol (Trastornos del sueño-vigilia); disfunción sexual inducida por el alcohol (Disfunciones sexuales), y trastorno neurocognitivo mayor o leve (Trastornos neurocognitivos). Con respecto al delirium por intoxicación alcohólica y al delirium por abstinencia de alcohol, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia alcohólicas cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir una atención clínica independiente.

Características

Los perfiles de los síntomas de una afección inducida por el alcohol se parecen a los trastornos mentales independientes, como se describe en otro lugar del DSM-5. Sin embargo, el trastorno inducido por el alcohol es temporal y se observa después de la intoxicación grave con o sin abstinencia de alcohol. Aunque los síntomas pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., la psicosis, el trastorno depresivo mayor), y a pesar de que pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., intento de suicidio), el trastorno inducido por el alcohol es susceptible de mejorar sin tratamiento formal en cuestión de días o semanas después de la interrupción de la intoxicación grave y/o de la abstinencia.

Cada trastorno mental inducido por el alcohol aparece en la sección de diagnóstico y, por tanto, aquí sólo se ofrece una breve descripción. Los trastornos inducidos por el alcohol deben haberse desarrollado en el contexto de la intoxicación grave y/o una abstinencia de la sustancia capaz de producir el trastorno mental. Además, ha de haber la evidencia de que el trastorno que se observa no se puede explicar mejor por otro trastorno mental no inducido por el alcohol. Este último es probable que aparezca si el trastorno mental ya estaba presente antes de la intoxicación o de la abstinencia agudas, o si continúa más de un mes después del cese de la intoxicación o de la abstinencia agudas. Cuando los síntomas se observan sólo durante un delirium, deben ser considerados como parte del delirium y no se deberían diagnosticar por separado, ya que muchos síntomas (entre los que están los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y las pruebas de realidad) se observan con frecuencia en los estados confusionales de agitación. El trastorno inducido por el alcohol debe tener relevancia clínica y debe causar significativos niveles de malestar o un deterioro funcional de importancia. Por último, existen evidencias de que el consumo de sustancias de abuso, en el contexto de un trastorno mental preexistente, aumenta la probabilidad de que se agrave el síndrome independiente preexistente. Las características asociadas con cada trastorno mental grave relevante (p. ej., los episodios psicóticos, el trastorno depresivo mayor) son similares tanto si éste aparece de forma independiente o inducido por el alcohol. Sin embargo, las personas con trastornos inducidos por el alcohol tienden a mostrar también la clínica asociada a un trastorno por consumo de alcohol, tal y como se indica en las subsecciones de este capítulo.

Las tasas de trastornos inducidos por el alcohol varían un poco por categoría diagnóstica. Por ejemplo, el riesgo vital para los episodios depresivos mayores en las personas con trastorno por consumo de alcohol es de aproximadamente un 40 %, pero sólo alrededor de un tercio o la mitad de ellos presenta los síndromes depresivos fuera del contexto de la intoxicación. Se han registrado tasas similares de trastornos del sueño y de ansiedad inducidos por el alcohol, pero los episodios psicóticos inducidos son bastante raros.

Desarrollo y curso

Una vez presentes, es probable que los síntomas de la afección inducida por el alcohol permanezcan clínicamente relevantes, siempre y cuando la persona continúe experimentando una intoxicación y/o

una abstinencia graves. Aunque los síntomas son idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., la psicosis, el trastorno depresivo mayor) y a pesar de que pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., intentos de suicidio), todos los síndromes inducidos por el alcohol, que no sean el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol y el amnésico de tipo confabulatorio (trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol), son susceptibles de mejorar con relativa rapidez independientemente de la gravedad de los síntomas y tienen pocas probabilidades de mantenerse clínicamente relevante más de un mes después de la interrupción de la intoxicación y/o la abstinencia graves.

Los trastornos inducidos por el alcohol son una parte importante de los diagnósticos diferenciales para los trastornos mentales independientes. La esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, es probable que se asocien con períodos mucho más duraderos de síntomas y suelen requerir medicamentos a más largo plazo para optimizar la probabilidad de mejoría o recuperación. Por otra parte, las afecciones inducidas por el alcohol suelen ser mucho más cortas en cuanto a duración y desaparecen en cuestión de varios días a un mes después de la interrupción de la intoxicación y/o la abstinencia agudas, incluso sin medicamentos psicotrópicos.

Es igualmente importante reconocer un trastorno inducido por el alcohol que identificar el posible papel de algunas afecciones endocrinas y de las reacciones de la medicación antes de diagnosticar un trastorno mental independiente. En vista de la alta prevalencia del trastorno por consumo de alcohol a nivel mundial, es importante considerar la posibilidad de estos diagnósticos inducidos por el alcohol antes de diagnosticar otros trastornos mentales independientes.

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

291.9 (F10.99)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos y trastornos adictivos relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con la cafeína

Intoxicación por cafeína

Abstinencia de cafeína

Otros trastornos inducidos por la cafeína

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

Intoxicación por cafeína

Criterios diagnósticos 305.90 (F15.929)

A. Consumo reciente de cafeína (habitualmente una dosis que supera ampliamente los 250 mg).
B. Cinco (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de cafeína:

1. Intranquilidad.
2. Nerviosismo.

<= Ir a la Clasificación

3. Excitación.
4. Insomnio.
5. Rubor facial.
6. Diuresis.
7. Trastornos gastrointestinales.
8. Espasmos musculares.
9. Divagaciones de los pensamientos y del habla.
10. Taquicardia o arritmia cardíaca.
11. Períodos de infatigabilidad.
12. Agitación psicomotora.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Características diagnósticas

La cafeína que se consume procede de diferentes fuentes, entre las que están el café, el té, los refrescos con cafeína, las bebidas "energéticas", los analgésicos de venta sin receta, los medicamentos para el resfriado, los suplementos energéticos (p. ej., bebidas), los fármacos para bajar de peso y el chocolate. La cafeína también se utiliza cada vez más como aditivo de las vitaminas y de productos alimenticios. Más del 85 % de los niños y de los adultos consume cafeína con regularidad. Algunos consumidores de cafeína muestran síntomas compatibles con el consumo problemático, incluyendo la tolerancia y la abstinencia (véase Abstinencia de cafeína más adelante en este capítulo). En este momento no hay datos disponibles para determinar la importancia clínica del trastorno por consumo de cafeína y su prevalencia. En contraste, hay evidencia de que la abstinencia y la intoxicación de cafeína son clínicamente significativas y suficientemente prevalentes.

La característica esencial de la intoxicación por cafeína es el consumo reciente de cafeína y cinco o más signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del consumo de cafeína (Criterios A y B). Los síntomas son: agitación, nerviosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis y molestias gastrointestinales, y pueden aparecer a dosis bajas (p. ej., 200 mg) en los individuos vulnerables, como los niños, los ancianos o las personas que no han sido expuestas a la cafeína previamente. Los síntomas que generalmente aparecen con niveles de más de 1 g al día son: espasmos musculares, divagaciones del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de infatigabilidad y agitación psicomotora. La intoxicación por cafeína puede no ocurrir a pesar de un alto consumo de cafeína debido al desarrollo de la tolerancia. Los signos y síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los signos y síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se deberían explicar mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad) o una intoxicación con otra sustancia (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las alteraciones leves sensoriales (p. ej., el zumbido en los oídos y los destellos de luz) pueden aparecer con dosis altas de cafeína. Aunque las grandes dosis de cafeína pueden aumentar la frecuencia cardíaca, las dosis más pequeñas pueden disminuir la frecuencia cardíaca. Todavía no se ha discernido sobre si el consumo excesivo de cafeína puede causar dolores de cabeza. Con la exploración física se pueden comprobar: agitación, inquietud, sudoración, taquicardia, enrojecimiento de la cara y el aumento de la motilidad intestinal. Los niveles de cafeína en sangre pueden proporcionar una información importante para el diagnóstico, particularmente cuando el individuo es un informante deficiente, aunque estos niveles no son diagnósticos por sí mismos en vista de la variación individual existente en la respuesta a la cafeína.

Prevalencia

La prevalencia de la intoxicación por cafeína en la población general no está clara. En Estados Unidos, aproximadamente el 7 % de las personas de la población general puede experimentar cinco o más síntomas, junto con deterioro funcional, que son compatibles con un diagnóstico de intoxicación por cafeína.

Desarrollo y curso

En consonancia con una vida media de la cafeína de aproximadamente 4-6 horas, los síntomas de intoxicación por cafeína remiten generalmente dentro de los primeros días y no tienen ninguna consecuencia duradera conocida. Sin embargo, las personas que consumen altas dosis de cafeína (por ejemplo, 5 a 10 g) pueden requerir atención médica inmediata, ya que dichas dosis pueden ser letales.

Con la edad, los individuos tienden a tener reacciones cada vez más intensas a la cafeína, con mayores quejas de interferencia con el sueño o sentimientos de hiperactivación. Se ha observado una intoxicación por cafeína en las personas jóvenes tras el consumo de productos de alto contenido en cafeína, incluyendo las bebidas energéticas. Los niños y los adolescentes pueden tener mayor riesgo de intoxicación debido a su bajo peso, a la falta de tolerancia y al escaso conocimiento sobre los efectos farmacológicos de la cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La intoxicación se ve a menudo en personas que consumen cafeína con menos frecuencia o en las que han aumentado su consumo recientemente y de forma considerable. Además, los anticonceptivos orales disminuyen significativamente la eliminación de la cafeína y, en consecuencia, pueden aumentar el riesgo de intoxicación.

Genéticos y fisiológicos. Los factores genéticos pueden afectar al riesgo de intoxicación.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cafeína

El deterioro por una intoxicación puede tener graves consecuencias, entre ellas la disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela, las indiscreciones sociales o el incumplimiento de las obligaciones. Por otra parte, las dosis muy altas de cafeína pueden ser peligrosas. En algunos casos, la intoxicación puede precipitar un trastorno inducido por cafeína.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales. La intoxicación por cafeína se caracteriza por síntomas (p. ej., ataques de pánico) que se asemejan a los trastornos mentales primarios. Para cumplir con los criterios para la intoxicación por cafeína, los síntomas no deben asociarse con otra afección médica o con otro trastorno mental, como un trastorno de ansiedad, que pudiera explicarlos mejor. Los episodios maníacos, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la intoxicación por anfetaminas, la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o la abstinencia de tabaco, los trastornos del sueño, y los efectos colaterales inducidos por medicación (p. ej., la acatisia) pueden causar un cuadro clínico que es similar al de la intoxicación por cafeína.

Otros trastornos inducidos por cafeína. La relación temporal entre los síntomas y el aumento del consumo o la abstinencia de la cafeína ayudan a establecer el diagnóstico. La intoxicación por cafeína se diferencia del trastorno de ansiedad inducido por la cafeína por el comienzo durante la intoxicación (véanse los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias/medicamentos en el capítulo Trastornos de ansiedad), y del trastorno del sueño inducido por cafeína porque también se inicia durante la intoxicación (véanse los trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos en el capítulo Trastornos del sueño-vigilia), por el hecho de que los síntomas en estos últimos trastornos exceden aquellos que se asocian habitualmente a la intoxicación de cafeína, y porque son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Comorbilidad

Las dosis dietéticas habituales de cafeína no se han asociado consistentemente con problemas médicos. Sin embargo, un uso intensivo (p. ej., > 400 mg) puede causar o exacerbar los síntomas somáticos de ansiedad y los trastornos gastrointestinales. Las dosis de cafeína extremadamente altas e intensas pueden producir crisis de gran mal y un fallo respiratorio que lleve a la muerte. El consumo excesivo de cafeína se asocia con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos, trastornos del sueño y trastornos relacionados con sustancias, pero no tanto con trastornos de ansiedad, puesto que las personas que los padecen tienden a evitar la cafeína.

Abstinencia de cafeína

Criterios diagnósticos 292.0 (F15.93)

A. Consumo diario prolongado de cafeína.
B. Cese brusco o reducción del consumo de cafeína, seguido en las 24 horas siguientes por tres (o más) de los signos o síntomas siguientes:
   1. Cefalea.
   2. Fatiga o somnolencia notable.
   3. Disforia, desánimo o irritabilidad.
   4. Dificultades para concentrarse.
   5. Síntomas gripales (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular).
C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no aparecen asociados a los efectos psicológicos de ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o una abstinencia de otra sustancia.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de cafeína es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese abrupto (o la reducción sustancial) de la ingesta diaria y prolongada de cafeína (Criterio B). El síndrome de abstinencia de cafeína se caracteriza por tres o más de los siguientes (Criterio B): cefalea; fatiga o somnolencia; disforia, desánimo o irritabilidad; dificultad para concentrarse, y síntomas similares a la gripe (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular). El síndrome de abstinencia provoca un malestar clínico significativo o un deterioro en las áreas social, laboral u otros aspectos importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben estar asociados a los efectos fisiológicos de otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

El dolor de cabeza es el rasgo distintivo de la abstinencia de cafeína y puede tener un desarrollo difuso y gradual, palpitante, intenso y sensible al movimiento. Sin embargo, pueden aparecer otros síntomas de abstinencia de cafeína en ausencia de dolor de cabeza. La cafeína es la droga activa conductual más ampliamente utilizada en el mundo y está presente en muchos tipos diferentes de bebidas (p. ej., el café, el té, la yerba mate, los refrescos, las bebidas energéticas), los alimentos, los suplementos energéticos, los medicamentos y los complementos dietéticos. Debido a que la ingesta de cafeína a menudo está integrada en las costumbres sociales y en los rituales cotidianos (p. ej., la pausa para el café, la hora del té), algunos consumidores de cafeína pueden no ser conscientes de su dependencia física de la cafeína. Por lo tanto, los síntomas de abstinencia podrían ser inesperados y se les podría atribuir erróneamente a otras causas (p. ej., una gripe, una migraña). Además, los síntomas pueden aparecer cuando se somete a los individuos a un ayuno obligado antes de realizar procedimientos médicos o cuando se disminuye la dosis habitual de cafeína debido a un cambio en la rutina (p. ej., durante un viaje, fines de semana).

La probabilidad y la gravedad de la abstinencia de cafeína aumentan normalmente en función de la dosis diaria. Sin embargo, la incidencia, la gravedad y la evolución temporal de los síntomas de abstinencia presentan una gran variabilidad interindividual e incluso intraindividual entre un episodio y otro. Los síntomas de abstinencia de cafeína pueden aparecer tras la retirada brusca de dosis crónicas diarias relativamente bajas (es decir, 100 mg).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se ha observado que la abstinencia de cafeína se acompaña de deterioro del rendimiento conductual y cognitivo (p. ej., de la atención mantenida). Los estudios electroencefalográficos han mostrado que los síntomas de abstinencia de cafeína se asocian claramente a aumentos de las ondas theta y reducciones de las beta 2. También se han comunicado descensos de la motivación laboral y la sociabilidad, y se ha documentado un mayor uso de analgésicos durante la abstinencia de cafeína.

Prevalencia

Más del 85 % de los adultos y los niños en Estados Unidos consume cafeína, con un promedio de 280 mg/día en los adultos. La incidencia y la prevalencia del síndrome de abstinencia en la población en general no están claras. En Estados Unidos se puede producir dolor de cabeza en aproximadamente el 50 % de los casos de abstinencia de cafeína. Mientras se intenta dejar de tomar cafeína de forma permanente, más del 70 % de los individuos puede experimentar al menos un síntoma (el 47 % experimenta dolor de cabeza) y el 24 % dolor de cabeza acompañado de uno o más síntomas, así como deterioro funcional debido a la abstinencia. Entre las personas que cesan el consumo de cafeína por lo menos durante 24 horas, pero que no están tratando de dejarlo de forma permanente, el 11 % experimenta dolor de cabeza acompañado de uno o más síntomas, así como deterioro funcional. Los consumidores de cafeína pueden disminuir la incidencia del síndrome de abstinencia ingiriendo la sustancia a diario o sencillamente tomándola con poca frecuencia (p. ej., no más de 2 días consecutivos). La reducción gradual de cafeína durante un período de días o semanas puede disminuir la gravedad y la incidencia del síndrome de abstinencia.

Desarrollo y curso

Los síntomas comienzan generalmente 12-24 horas después de la última dosis de cafeína y presentan el pico máximo después de 1-2 días de abstinencia. Los síntomas duran de 2 a 9 días, con la posibilidad de sufrir dolores de cabeza que aparecen durante un máximo de 21 días. Los síntomas generalmente remiten rápidamente (en 30-60 minutos) tras retomar la ingesta de cafeína.

La cafeína es única, ya que es una droga conductualmente activa que es consumida por los individuos de casi todas las edades. Las tasas de consumo y el aumento en la cantidad de ingesta de cafeína se incrementan con la edad hasta la primera mitad de la treintena y luego descienden. Aunque se ha documentado la abstinencia entre los niños y los adolescentes, se conoce relativamente poco acerca de los factores de riesgo para este grupo de edad. El uso de bebidas energéticas altamente cafeinadas está aumentando en los individuos jóvenes, lo que podría aumentar el riesgo de abstinencia de cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. El consumo intenso de cafeína se ha observado en las personas con trastornos mentales, entre los que están los que tienen trastornos de la conducta alimentaria, los que son fumadores, los presos y los individuos que abusan del alcohol y de las drogas. Por lo tanto, estas personas podrían estar en mayor riesgo de abstinencia de cafeína.

Ambientales. La falta de disponibilidad de cafeína es un factor de riesgo ambiental para los síntomas de abstinencia incipientes. Aunque la cafeína es legal y por lo general se encuentra ampliamente disponible, existen situaciones en las que el consumo de cafeína podría estar restringido, como durante procedimientos médicos, en el embarazo, en las hospitalizaciones, en las prácticas religiosas, en tiempos de guerra, en los viajes y durante la participación en estudios de investigación. Estas cir-

cunstancias ambientales externas pueden precipitar un síndrome de abstinencia en los individuos vulnerables.

Factores fisiológicos y genéticos. Los factores genéticos parecen aumentar la vulnerabilidad a la abstinencia de cafeína, pero no se han identificado genes específicos.

Modificadores del curso. Los síntomas de abstinencia generalmente remiten a los 30-60 minutos de la reexposición a la cafeína. Unas dosis de cafeína significativamente menores de la cantidad diaria habitual pueden ser suficientes para prevenir o atenuar estos síntomas (p. ej., el consumo de 25 mg en un individuo que normalmente consume 300 mg).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los consumidores habituales de cafeína que ayunan por razones religiosas pueden tener un riesgo mayor de abstinencia.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cafeína

La gravedad de los síntomas de abstinencia de cafeína puede variar desde leve hasta extrema, y a veces causa un deterioro funcional en las actividades diarias normales. Los rangos de deterioro funcional oscilan entre el 10 y el 55 % (mediana del 13 %), con tasas de hasta el 73 % en las personas que también muestran otras características problemáticas de consumo de cafeína. Ejemplos de deterioro funcional pueden ser dificultad para trabajar, hacer ejercicio o cuidar de los hijos, quedarse en la cama todo el día, no asistir a los actos religiosos, terminar unas vacaciones antes de lo esperado, y cancelar una reunión social. Los dolores de cabeza de la abstinencia de cafeína suelen ser descritos por las personas como "los peores dolores de cabeza" jamás experimentados. También se han observado disminuciones en el rendimiento cognitivo y motor.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos médicos y efectos secundarios de medicamentos. Deben considerarse varios trastornos en el diagnóstico diferencial de la abstinencia de cafeína. La abstinencia puede asemejar migrañas y otras cefaleas, afecciones virales, afecciones de los senos paranasales, tensión, otros estados de abstinencia de drogas (p. ej., de anfetaminas, de cocaína) y efectos secundarios de la medicación. La determinación final de la abstinencia de cafeína debe sustentarse en una determinación de la cantidad y patrón de consumo, el intervalo de tiempo entre la cafeína y el inicio de los síntomas de abstinencia, y las características clínicas particulares que presenta el individuo. Una dosis considerable de cafeína seguida de la remisión de los síntomas se puede utilizar para confirmar el diagnóstico.

Comorbilidad

La abstinencia de cafeína se asocia con el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de la personalidad antisocial en los adultos, el trastorno por consumo de alcohol de intensidad moderada a grave, y el consumo de cannabis y cocaína.

Otros trastornos inducidos por la cafeína

Los siguientes trastornos inducidos por la cafeína se describen en otros capítulos del manual junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno de ansiedad inducido por la cafeína (Trastornos de ansiedad) y trastorno del sueño inducido por la cafeína (Trastornos del sueño-vigilia). Estos trastornos provocados por la cafeína solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia de cafeína cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

292.9 (F15.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la cafeína que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con la cafeína o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis
Intoxicación por cannabis
Abstinencia de cannabis
Otros trastornos inducidos por el cannabis
Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

Trastorno por consumo de cannabis

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:
   1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
   2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
   3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
   4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
   5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
   6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
   7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
   8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
   9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
   10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
       a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
       b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
   11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
       a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis, págs. 517–518).

<= Ir a la Clasificación

b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de cannabis, o cualquier otro trastorno mental inducido por cannabis, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de cannabis viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el cannabis (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia por cannabis, o de un trastorno mental específico inducido por el cannabis). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de cannabis y un trastorno de ansiedad inducido por cannabis concomitantes, solamente se indica el código del trastorno de ansiedad, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cannabis es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis, o F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especificar la gravedad actual:

305.20 (F12.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial y en un entorno controlado, o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Las variaciones de la gravedad en un individuo a lo largo del tiempo también se pueden reflejar por los cambios en la frecuencia (p. ej., los días de uso al mes o las veces que consume al día) y/o la dosis (p. ej., la cantidad utilizada por episodio) de cannabis, que se evalúan mediante el autoinforme de la persona, la información de los allegados, las observaciones del clínico y las pruebas biológicas.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de cannabis y los otros trastornos relacionados con el cannabis son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta de cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares. Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej., maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota y *ganja*, costo, hachís, chocolate, grifa). Una extracción del concentrado de la planta de cannabis que también se utiliza comúnmente es el hachís. Cannabis es el nombre genérico y quizás el término científico más apropiado para las sustancias psicoactivas derivadas de la planta. Por tanto, se utiliza esta denominación en el manual para hacer referencia a todas las sustancias tipo cannabis, incluyendo los compuestos cannabinoides sintéticos.

Las formulaciones orales sintéticas (pastillas/cápsulas) de delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC) están disponibles con receta médica y han sido aprobadas para una variedad de indicaciones médicas (p. ej., para las náuseas y los vómitos causados por la quimioterapia, para la anorexia y la pérdida de peso en las personas con sida). Se han fabricado y distribuido otros compuestos cannabinoides sintéticos, para un uso no médico, en forma de material vegetal rociado con una formulación cannabinoide (p. ej., K2, *Spice*, JWH-018, JWH-073).

Los cannabinoides producen diversos efectos en el cerebro, entre los que destacan las acciones sobre los receptores cannabinoides CB1 y CB2 que se encuentran a lo largo del sistema nervioso central. Los ligandos endógenos para estos receptores se comportan esencialmente como neurotransmisores. El cannabis (la concentración de delta-9-THC) está disponible a una potencia enormemente variable, puesto que oscila entre el 1-15 % aproximadamente en las muestras comunes de la planta de cannabis y el 10-20 % en el hachís. Durante las últimas dos décadas se ha observado un aumento constante de la potencia del cannabis incautado.

El cannabis se fuma con mayor frecuencia a través de una variedad de métodos: pipas, pipas de agua (*bongs*), cigarrillos (porros o canutos) o más recientemente en el papel de un puro vaciado (*blunts*). El cannabis a veces se ingiere por vía oral, generalmente mezclado con alimento. Más recientemente, se han desarrollado dispositivos en los que el cannabis se vaporiza. La vaporización implica el calentamiento del material vegetal para inhalar los cannabinoides psicoactivos liberados. Al igual que con otras sustancias psicoactivas, al fumarse (y la vaporización) se produce normalmente una aparición rápida de los efectos deseados y la experimentación más intensa de éstos.

Las personas que consumen regularmente marihuana pueden desarrollar todas las características diagnósticas generales de un trastorno por consumo de sustancias. El trastorno por consumo de cannabis se suele presentar de manera comórbida con otros tipos de trastorno por consumo de sustancias (p. ej., el alcohol, la cocaína, los opioides). En los casos en que se consumen múltiples tipos de sustancias, muchas veces el individuo minimiza los síntomas relacionados con el cannabis, puesto que los síntomas pueden ser de menor gravedad o causar menos daño que los relacionados directamente con las otras sustancias. Se han descrito tolerancias farmacológica y conductual para la mayoría de los efectos del cannabis en las personas que consumen cannabis continuamente. Generalmente, la tolerancia se pierde cuando el consumo de cannabis se interrumpe durante un período de tiempo significativo (es decir, durante al menos varios meses).

La novedad en el DSM-5 es que se reconoce que la interrupción brusca del consumo diario o casi diario del cannabis suele producir la aparición de un síndrome de abstinencia de cannabis. Los síntomas comunes de la abstinencia incluyen irritabilidad, ira o agresividad, ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir, y disminución del apetito o pérdida de peso. Aunque por lo general los síntomas no son tan graves como los del alcohol o de los opiáceos, el síndrome de abstinencia puede causar un malestar significativo y, por tanto, puede contribuir a que existan dificultades para dejar de fumar o puede favorecer la recaída entre los que tratan de abandonar el consumo.

Algunas personas con trastorno por consumo de cannabis consumen cannabis durante todo el día durante meses o años, y por lo tanto pasan muchas horas al día bajo la influencia de la sustancia. Otras consumen con menos frecuencia, pero tienen problemas recurrentes relacionados con este consumo con la familia, la escuela, el trabajo u otras áreas importantes (p. ej., ausencias repetidas en el trabajo, abandono de las obligaciones familiares). El consumo de cannabis y la intoxicación periódica pueden afectar negativamente el funcionamiento conductual y cognitivo, y por lo tanto interferir con el rendimiento óptimo en el trabajo o la escuela, o exponer a la persona en un mayor riesgo físico cuando realiza actividades que podrían ser físicamente peligrosas (p. ej., la conducción de un coche, practicar ciertos deportes, la realización de actividades de trabajo manual, incluyendo el uso de maquinaria). Las discusiones con los cónyuges o los padres sobre el uso de cannabis en el hogar o sobre su uso en presencia de los niños pueden impactar negativamente sobre el funcionamiento de la familia y son frecuentes en las personas con este trastorno. Por último, las personas siguen consumiendo a pesar del conocimiento de los problemas físicos (p. ej., la tos crónica relacionada con el tabaquismo) o psicológicos (p. ej., la sedación excesiva o la exacerbación de otros problemas de salud mental) asociados al consumo.

El consumo de cannabis por razones médicas legítimas también puede afectar al diagnóstico. La administración de la sustancia por una afección médica, tal como se haya prescrito, produce de forma

natural síntomas de tolerancia y abstinencia, y por tanto éstos no deben utilizarse como un criterio fundamental para realizar el diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias. Aunque los usos terapéuticos del cannabis siguen siendo controvertidos y equívocos, se debería tener en consideración su consumo para tratar ciertas afecciones médicas cuando éstas se han diagnosticado.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas que consumen regularmente cannabis suelen referir que lo hacen para afrontar alteraciones del estado de ánimo, del sueño, del dolor o de otros problemas fisiológicos o psicológicos, y aquellas que están diagnosticadas de trastorno por consumo de cannabis suelen padecer otros trastornos mentales concurrentes. La evaluación exhaustiva suele revelar que el propio consumo contribuye a la exacerbación de estos mismos síntomas, así como a otras razones para el uso frecuente (p. ej., experimentar euforia, olvidarse de los problemas, afrontar la ira, realizar una actividad social agradable). En relación con este tema, algunas personas que consumen cannabis varias veces al día, por las razones antes mencionadas, no perciben (y por lo tanto no refieren) que pasan una cantidad excesiva de tiempo bajo la influencia o recuperándose de los efectos del cannabis, a pesar de que están intoxicados o afectados por la sustancia la mayoría de los días. Un indicador importante para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en particular en los casos más leves, es el uso continuo a pesar de que existe un claro riesgo de consecuencias negativas en otras actividades o relaciones de gran valor (p. ej., la escuela, el trabajo, la actividad deportiva, la relación de pareja o con los padres).

Debido a que algunos consumidores de cannabis están motivados para minimizar la cantidad o frecuencia de su uso, es importante ser conscientes de los signos y síntomas comunes que acompañan el consumo y a la intoxicación con el fin de evaluar mejor la magnitud del consumo. Al igual que con otras sustancias, los usuarios experimentados desarrollan tolerancias farmacológica y conductual que pueden ser difíciles de detectar cuando están bajo la influencia del cannabis. Los signos de uso crónico y agudo incluyen ojos rojos (inyección conjuntival), olor de cannabis en la ropa, color amarillento de los dedos (de fumar porros), tos crónica, quema de incienso (para ocultar el olor) y un deseo exagerado e impulsivo por alimentos específicos, a veces a horas inusuales del día o de la noche.

Prevalencia

Los cannabinoides, especialmente el cannabis, son las sustancias psicoactivas ilícitas más ampliamente utilizadas en Estados Unidos. La prevalencia a los doce meses del trastorno por consumo de cannabis (la tasa de abuso y de dependencia del DSM-IV combinadas) es de aproximadamente el 3,4 % entre los 12 y los 17 años, y del 1,5 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas de este trastorno son mayores entre los varones adultos (el 2,2 %) que entre las mujeres (el 0,8 %) y entre los hombres de entre 12 y 17 años (el 3,8 %) y las mujeres de este mismo rango de edad (el 3,0 %). Las tasas de prevalencia a los doce meses de este trastorno disminuyen con la edad, con las cifras más altas entre los 18 y 29 años (4,4 %) y las más bajas entre las personas de más de 65 años (0,01 %). Probablemente la elevada prevalencia sea un reflejo del consumo generalizado de cannabis en relación con otras drogas ilegales, y no tanto de su mayor potencial adictivo.

Las diferencias raciales y étnicas en la prevalencia son moderadas. La prevalencia a los doce meses del trastorno varía notablemente entre los distintos subgrupos étnico-raciales en Estados Unidos. Entre los 12 y los 17 años, las tasas son más altas entre los nativos de Alaska y los nativos americanos (el 7,1 %) en comparación con los hispanos (el 4,1 %), los blancos (el 3,4 %), los afroamericanos (el 2,7 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,9 %). Entre los adultos, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis es también más alta entre los indígenas nativos de Alaska (el 3,4 %) en comparación con los afroamericanos (el 1,8 %), los blancos (el 1,4 %), los hispanos (el 1,2 %), y los asiáticos e isleños del Pacífico (el 1,2 %). Durante la última década, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis ha aumentado entre los adultos y los adolescentes. Las diferencias de género en el consumo de cannabis concuerdan con las de otros trastornos por consumo de sustancias. El trastorno por consumo de cannabis se observa con mayor frecuencia en los hombres, aunque la magnitud de esta diferencia es menor entre los adolescentes.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno por consumo de cannabis puede aparecer en cualquier momento durante o después de la adolescencia, pero el inicio es más común durante la adolescencia o en los adultos jóvenes. Puede desarrollarse durante la preadolescencia, aunque suele ser infrecuente. La aceptación reciente de algunos de sus usos y la disponibilidad de la "marihuana medicinal" puede aumentar la tasa de aparición del trastorno en los adultos mayores.

Generalmente, el trastorno se desarrolla durante un período prolongado de tiempo, aunque la progresión parece ser más rápida en los adolescentes, particularmente en aquellos con problemas de conducta graves. La mayoría de las personas que desarrollan un trastorno establece un patrón de consumo de cannabis que aumenta gradualmente en frecuencia y cantidad. El cannabis, junto con el tabaco y el alcohol, suele ser la primera sustancia que toman los adolescentes. Muchos perciben el consumo de cannabis como menos nocivo que el alcohol o el tabaco, y probablemente esta percepción contribuye a un mayor uso. Por otra parte, la intoxicación por cannabis no suele dar lugar a una disfunción cognitiva o conductual tan grave como la del consumo intenso de alcohol, lo que puede aumentar la probabilidad de un consumo más frecuente y en situaciones más diversas que el alcohol. Es posible que estos factores contribuyan a la posibilidad de una rápida transición desde un consumo de cannabis a un trastorno por consumo de cannabis en algunos adolescentes y a la instauración del patrón de consumo durante todo el día que se observa con frecuencia entre los que tienen un trastorno grave.

El trastorno por consumo de cannabis entre los preadolescentes, los adolescentes y los adultos jóvenes se expresa típicamente como un consumo excesivo en compañía de compañeros y suele ser un componente más de otras conductas delictivas asociadas con problemas de conducta. Los casos más leves reflejan principalmente un consumo continuo a pesar de los claros problemas relacionados, como la desaprobación por parte de otros compañeros, del entorno escolar o de la familia, que pone a los jóvenes en riesgo de sufrir consecuencias físicas o de comportamiento. En los casos más graves, hay una progresión hasta el consumo en solitario y/o a lo largo de todo el día, de manera que éste interfiere en el funcionamiento diario y sustituye las actividades sociales previamente establecidas.

Los consumidores adolescentes suelen mostrar cambios en la estabilidad del estado de ánimo, del nivel de energía y de los patrones de alimentación. Estos signos y síntomas son probablemente debidos a los efectos directos del consumo de cannabis (intoxicación) y a los efectos posteriores a la intoxicación aguda (resaca), así como a los intentos de ocultar el consumo a los demás. Los problemas escolares suelen estar asociados con este trastorno, en particular con un descenso considerable de las calificaciones académicas, con el absentismo escolar y con la reducción del interés por las actividades y los resultados escolares en general.

Por lo general, el trastorno por consumo de cannabis entre los adultos implica habitualmente patrones bien establecidos de consumo diario que continúan a pesar de que existen problemas psicosociales o de salud evidentes. Muchos adultos han experimentado repetidos deseos de dejar el consumo o han fracasado al intentarlo en repetidas ocasiones. Los casos más leves pueden parecerse al patrón de los adolescentes, donde el consumo de cannabis no es tan frecuente o intenso pero continúa a pesar de las posibles consecuencias significativas del consumo continuado. La tasa de consumo entre las personas de mediana edad y los adultos mayores parece estar en aumento, probablemente debido a un efecto de cohorte que resulta de la alta prevalencia de consumo a finales de la década de los sesenta y los setenta.

El inicio temprano del consumo de cannabis (p. ej., antes de los 15 años) es un predictor robusto para el desarrollo de este trastorno y de otros tipos de trastornos por uso de sustancias y de trastornos mentales durante la edad adulta. El inicio temprano está relacionado con la existencia de otros problemas externalizantes, sobre todo con el trastorno de conducta. Sin embargo, el inicio temprano también es un predictor de problemas de internalización y, por tanto, es probable que sea un factor de riesgo general para el desarrollo de trastornos de salud mental.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o la adolescencia y el trastorno de la personalidad antisocial son factores de riesgo para el desarrollo de muchos trastornos relacionados con sustancias, incluyendo los trastornos relacionados con el cannabis. Otros factores de riesgo son los trastornos de la

externalización o internalización en la infancia o la adolescencia. Los jóvenes con altas puntuaciones de desinhibición del comportamiento presentan una mayor probabilidad de tener trastornos de uso de sustancias de inicio precoz, entre ellos el trastorno por consumo de cannabis, el policonsumo y los problemas de conducta tempranos.

Ambientales. Los factores de riesgo son el fracaso escolar, el consumo de tabaco, una situación familiar inestable, el abuso/uso de cannabis entre los miembros de la familia inmediata, otros antecedentes familiares de trastorno por consumo de sustancias y un bajo nivel socioeconómico. Al igual que con todas las sustancias de abuso, la mayor disponibilidad de la sustancia es un factor de riesgo. El cannabis es relativamente fácil de obtener en la mayoría de las culturas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis.

Genéticos y fisiológicos. Las influencias genéticas contribuyen al desarrollo de trastornos por consumo de cannabis. Los factores hereditarios explican entre el 30 y el 80 % de la varianza total del riesgo de este trastorno. Cabe destacar que las influencias genéticas y ambientales compartidas entre el trastorno por consumo de cannabis y otros tipos de trastornos por consumo de sustancias sugieren una base genética común para los problemas de consumo de sustancias y de conducta entre los adolescentes.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. La prevalencia del trastorno por consumo en todos los países se desconoce, pero las tasas de prevalencia son probablemente similares entre los países desarrollados. Con frecuencia es una de las primeras drogas de experimentación (a menudo en la adolescencia) de todos los grupos culturales en Estados Unidos.

La aceptación del cannabis con fines médicos varía ampliamente inter e intraculturalmente. Los factores culturales (el estatus legal y la aceptabilidad) que pueden afectar al diagnóstico diferencial se refieren a las consecuencias que se producen tras la detección del consumo en cada cultura (es decir, la detención, la expulsión de la escuela o la suspensión del empleo). El cambio general en los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias del DSM-5 con respecto al DSM-IV (es decir, la eliminación de los problemas legales repetidos relacionados con la sustancia criterio) mitiga este problema hasta cierto punto.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas biológicas de metabolitos de cannabinoides son útiles para determinar si un individuo ha consumido cannabis recientemente. Dichas pruebas son útiles para hacer el diagnóstico, sobre todo en los casos más leves en los que un individuo niega el consumo, pero los miembros de su entorno (familia, trabajo, escuela) muestran preocupación acerca de un problema de posible consumo. Debido a que los cannabinoides son solubles en grasa, persisten en los fluidos corporales durante largos períodos de tiempo y se excretan lentamente. Se requiere experiencia en los métodos de análisis de orina para interpretar de forma fiable los resultados.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis

Las consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis son parte de los criterios diagnósticos. Muchas áreas del funcionamiento psicosocial, cognitivo y de la salud se pueden ver comprometidas debido al trastorno. La función cognitiva, particularmente las funciones ejecutivas superiores, parecen estar comprometidas en los consumidores de cannabis, y esta relación parece ser dosis-dependiente (tanto aguda como crónica). Esto puede contribuir a una mayor dificultad en la escuela o el trabajo. El consumo de cannabis se ha relacionado con una reducción de la actividad prosocial dirigida a una meta, que algunos han etiquetado como síndrome de desmotivación, que se manifiesta en el rendimiento escolar y por problemas laborales. Estos problemas pueden estar relacionados con la intoxicación o la recuperación de los efectos de la intoxicación. Del mismo modo, aparecen frecuentemente problemas asociados a este trastorno en las relaciones sociales. También son importantes los accidentes debidos a la participación en conductas potencialmente peligrosas bajo la influencia del cannabis (p. ej., conducir, deportes, actividades recreativas o laborales). El humo del cannabis contiene altos niveles de compuestos cancerígenos que ponen a los usuarios crónicos en riesgo de afecciones respiratorias similares a las que experimentan los fumadores de tabaco. El uso crónico de cannabis puede contribuir a la aparición o la exacerbación de muchos otros trastornos mentales. En particular, ha aumentado la preocupación sobre el consumo de cannabis como factor causal de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos. El con-

sumo de cannabis puede contribuir a la aparición de un episodio psicótico agudo, puede exacerbar algunos síntomas y puede afectar negativamente el tratamiento de una afección psicótica principal.

Diagnóstico diferencial

Consumo no problemático de cannabis. La distinción entre un consumo de cannabis no problemático y el trastorno por consumo de cannabis puede ser difícil de hacer debido a los problemas sociales, de comportamiento o psicológicos que pueden atribuirse a la sustancia, sobre todo en el contexto de un consumo de otras sustancias. Además, es frecuente que las personas, que son remitidas a tratamiento por terceros (escuela, familia, jefe, sistema judicial penal), nieguen un consumo intenso de cannabis y que el cannabis esté relacionado con problemas importantes o los cause.

Otros trastornos mentales. El trastorno inducido por cannabis puede estar caracterizado por síntomas (p. ej., ansiedad) que se asemejan a los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada frente al trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabis, con ansiedad generalizada e inicio durante la intoxicación). El consumo crónico de cannabis puede producir una falta de motivación que se asemeja a un trastorno depresivo persistente (distimia). Se deben diferenciar las reacciones adversas agudas al cannabis de los síntomas del trastorno de pánico, del trastorno depresivo mayor, del trastorno delirante, del trastorno bipolar o de la esquizofrenia tipo paranoide. El examen físico generalmente mostrará un aumento de la frecuencia cardíaca e inyección conjuntival. Las pruebas toxicológicas de orina pueden ser útiles para hacer el diagnóstico.

Comorbilidad

Se considera que el cannabis es una droga "puerta de entrada" porque los individuos que consumen frecuentemente cannabis tienen una probabilidad mucho mayor, a lo largo de la vida, de consumir sustancias peligrosas, como los opioides o la cocaína, que los no consumidores. Tanto el consumo como el trastorno por consumo de cannabis son altamente comórbidos con otros trastornos de uso de sustancias. La simultaneidad con otros trastornos mentales también es frecuente. El consumo de cannabis se ha asociado con una menor satisfacción en la vida, un aumento en la demanda de tratamiento de salud mental y de hospitalización y tasas más altas de depresión, trastornos de ansiedad, intentos de suicidio y trastorno de conducta. Las personas con un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis durante el pasado año o a lo largo de su vida presentan asimismo altas tasas de trastorno por consumo de alcohol (más del 50 %) y de trastorno por consumo de tabaco (un 53 %). También son elevadas las tasas de otros trastornos por consumo de sustancias. Entre las personas que buscan tratamiento por un trastorno por consumo de cannabis, el 74 % refiere el consumo problemático de una segunda o tercera sustancias: el alcohol (el 40 %), la cocaína (el 12 %), la metanfetamina (el 6 %) y la heroína u otros opiáceos (el 2 %). Entre los menores de 18 años, el 61 % afirmó que consumía de forma problemática otra sustancia: el alcohol (el 48 %), la cocaína (el 4 %), la metanfetamina (el 2 %) y la heroína u otros opiáceos (el 2 %). Aproximadamente el 25-80 % de las personas en tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias primario presenta a su vez un trastorno por consumo de cannabis como problema secundario.

Las personas diagnosticadas de trastorno por consumo de cannabis durante el pasado año o a lo largo de la vida tienen altas tasas de trastornos mentales concurrentes distintos de los trastornos por consumo de otras sustancias. El trastorno depresivo mayor (el 11 %), cualquier trastorno de ansiedad (el 24 %), el trastorno bipolar I (el 13 %) y los trastornos de personalidad antisocial (el 30 %), paranoide (el 18 %) y obsesivo-compulsivo (el 19 %) son bastante comunes entre las personas con un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis durante el año anterior. Aproximadamente el 33 % de los adolescentes con este trastorno presenta trastornos internalizantes (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático) y el 60 % trastornos externalizantes (p. ej., trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad).

Aunque el consumo de cannabis puede afectar a múltiples aspectos del funcionamiento humano normal, entre otros los sistemas cardiovascular, inmunológico, neuromuscular, ocular, reproductivo, respiratorio, así como al apetito, la cognición y la percepción, existen pocas afecciones médicas claras

que concurran frecuentemente con el trastorno. Los efectos sobre la salud más importantes del cannabis son los que afectan al sistema respiratorio, y se han descrito altas tasas de síntomas respiratorios, como bronquitis, expectoración, disnea y sibilancias, en los fumadores crónicos de cannabis.

Intoxicación por cannabis

Criterios diagnósticos

A. Consumo reciente de cannabis.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.
C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:
    1. Inyección conjuntival.
    2. Aumento del apetito.
    3. Boca seca.
    4. Taquicardia.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Alucinaciones con un juicio de realidad inalterado, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de cannabis y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.929**.

Para la intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.922**.

Especificadores

Cuando las alucinaciones se producen en ausencia de un juicio de la realidad intacto, debe considerarse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por cannabis es la presencia de alteraciones problemáticas clínicamente significativas conductuales o psicológicas que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de cannabis (Criterio B). La intoxicación suele comenzar con una sensación de "colocón", seguida de síntomas que comprenden euforia, risas inapropiadas, grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria a corto plazo, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro del juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, disfunción psicomotora y sensación de que el tiempo pasa lentamente. De vez en cuando se producen ansiedad (que puede ser

grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos psicoactivos se acompañan de dos o más de los siguientes signos, que aparecen dentro de las 2 horas tras el consumo de cannabis: inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia (Criterio C).

La intoxicación se desarrolla en cuestión de minutos si el cannabis se fuma, pero puede tardar un par de horas si se ingiere por vía oral. Los efectos suelen durar 3-4 horas, aunque pueden alargarse un poco más cuando la sustancia se ingiere por vía oral. La magnitud de los cambios de comportamiento fisiológicos depende de la dosis, del método de administración y de las características de la persona que utiliza la sustancia, tales como la velocidad de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia. Puesto que la mayoría de los cannabinoides, incluyendo el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), son solubles en grasa, los efectos del cannabis o del hachís pueden ocasionalmente persistir o reaparecer durante 12-24 horas a causa de la lenta liberación de las sustancias psicoactivas desde el tejido graso o a la circulación enterohepática.

Prevalencia

La prevalencia de los episodios reales de intoxicación por cannabis en la población general es desconocida. Sin embargo, es probable que la mayoría de los consumidores de cannabis cumpla algunos criterios diagnósticos de intoxicación por cannabis en algún momento. Ante esto, la prevalencia de los consumidores de cannabis y la prevalencia de los individuos que experimentan intoxicación por cannabis es probablemente similar.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cannabis

El deterioro que produce la intoxicación por cannabis puede implicar graves consecuencias, entre las que están un bajo rendimiento en el trabajo o la escuela, las indiscreciones sociales, el incumplimiento de las obligaciones, los accidentes de tráfico y la práctica de relaciones sexuales sin protección. En casos raros, se podría precipitar una psicosis con una duración variable.

Diagnóstico diferencial

Se debe tener en cuenta que si la presentación clínica incluye alucinaciones en ausencia de un juicio de la realidad intacto, se debería considerar un diagnóstico del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por cannabis puede ser similar a la intoxicación por otro tipo de sustancias. Sin embargo, a diferencia de la intoxicación por cannabis, la intoxicación por alcohol y por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos suele producir una disminución del apetito, aumento del comportamiento agresivo y nistagmo o ataxia. Los alucinógenos en dosis bajas pueden provocar un cuadro clínico que se asemeja a la intoxicación por cannabis. La fenciclidina, como el cannabis, se puede fumar y también causa cambios perceptivos, pero es mucho más probable que la intoxicación por fenciclidina cause ataxia y conducta agresiva.

Otros trastornos inducidos por el cannabis. La intoxicación se distingue de otros trastornos inducidos por el consumo de cannabis (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con inicio durante la intoxicación) en que, en estos últimos, los síntomas característicos predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Abstinencia de cannabis

Criterios diagnósticos 292.0 (F12.288)

A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej., consumo diario o casi diario, durante un período de varios meses por lo menos).
B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:

1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
2. Nerviosismo o ansiedad.
3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
4. Pérdida de apetito o de peso.
5. Intranquilidad.
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de cannabis es F12.288. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de cannabis solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de éste. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis con una abstinencia de éste.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de cannabis es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese o la reducción considerable del consumo prolongado e intenso de cannabis. Además de los síntomas del Criterio B, también se puede observar tras la abstinencia lo siguiente: fatiga, bostezos, dificultad para concentrarse, y períodos de rebote de aumento del apetito y de somnolencia que siguen a los períodos iniciales de pérdida de apetito y de insomnio. Para el diagnóstico, los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Muchos consumidores de cannabis refieren fumar cannabis o tomar otras sustancias para ayudar a aliviar los síntomas de abstinencia, y muchos afirman que los síntomas de abstinencia dificultan el abandono o contribuyen a la recaída. Los síntomas normalmente no son de suficiente gravedad como para requerir atención médica, pero existen medicamentos o algunas estrategias de comportamiento que pueden ayudar a aliviarlos y mejorar el pronóstico de las personas que tratan de dejar de consumir cannabis.

La abstinencia de cannabis se observa frecuentemente en las personas que solicitan tratamiento por consumo de cannabis, así como en los consumidores de cannabis graves que no buscan tratamiento. Entre los individuos que han consumido cannabis regularmente durante algún período de su vida, hasta un tercio describe haber experimentado abstinencia de cannabis. El 50-95 % de los adultos y de los jóvenes en tratamiento y de los grandes consumidores de cannabis refiere abstinencia de cannabis. Estas cifras indican que se produce abstinencia en un subconjunto importante de consumidores de cannabis que tratan de dejar de fumar.

Desarrollo y curso

Se desconoce la cantidad, la duración y la frecuencia de fumar cannabis requerida para producir un trastorno de abstinencia asociado durante un intento de dejar de fumar. La mayoría de los síntomas tienen su inicio en las primeras 24 a 72 horas desde el cese, y el pico se presenta en la primera semana y tiene una duración aproximada de 1 a 2 semanas. Las dificultades del sueño pueden durar más de 30 días. Se ha documentado la abstinencia de cannabis entre los adolescentes y los adultos. Tiende a ser más frecuente y grave entre los adultos, muy probablemente en relación con la mayor cantidad, frecuencia y persistencia del consumo.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La prevalencia y la gravedad de la abstinencia de cannabis son mayores entre los grandes consumidores de cannabis y, en particular, entre aquellos que buscan tratamiento para el trastorno por consumo de cannabis. La gravedad de la abstinencia también parece estar directamente relacionada con la gravedad de los síntomas comórbidos de los trastornos mentales.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cannabis

Los consumidores de cannabis refieren usar cannabis para aliviar los síntomas de abstinencia, lo que sugiere que la propia abstinencia podría contribuir a la expresión continua del trastorno por consumo de cannabis. Los peores resultados suelen estar asociados a una abstinencia más grave. Una proporción considerable de los adultos y de los adolescentes en el tratamiento por trastorno por consumo de cannabis moderado o grave describen síntomas de abstinencia de similar intensidad, y muchos se quejan de que estos síntomas dificultan el cese. Los consumidores de cannabis refieren haber recaído en el consumo de cannabis o haber iniciado el consumo de otras drogas (p. ej., tranquilizantes) para intentar aliviar dichos síntomas. Por último, las personas que viven con los consumidores de cannabis observan unos efectos de abstinencia significativos, lo que sugiere que tales síntomas son perjudiciales para la vida diaria.

Diagnóstico diferencial

Debido a que muchos de los síntomas de abstinencia de cannabis son también síntomas de otros síndromes de abstinencia de sustancias o de trastornos depresivos o bipolares, la evaluación meticulosa debe centrarse en discernir si los síntomas no se explicarían mejor por el cese de otra sustancia (p. ej., tabaco o abstinencia de alcohol), por otro trastorno mental (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor) o por otra afección médica.

Otros trastornos inducidos por el cannabis

Los siguientes trastornos inducidos por el cannabis se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): el trastorno psicótico inducido por el cannabis (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), el trastorno de ansiedad inducido por el cannabis (Trastornos de ansiedad) y el trastorno del sueño inducido por el cannabis (Trastornos del sueño-vigilia). Con respecto al delirium por intoxicación por cannabis, véanse los criterios y la discusión del mismo en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por el cannabis solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia de cannabis cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

292.9 (F12.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el cannabis que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el cannabis o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias/trastorno adictivas.

Trastornos relacionados con los alucinógenos

Trastorno por consumo de fenciclidina
Trastorno por consumo de otros alucinógenos
Intoxicación por fenciclidina
Intoxicación por otros alucinógenos
Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
Otros trastornos inducidos por fenciclidina
Trastornos inducidos por otros alucinógenos
Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado
Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado

Trastorno por consumo de fenciclidina

Criterios diagnósticos

A. Un modelo de consumo de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume fenciclidina con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de fenciclidina.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir fenciclidina, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina.
5. Consumo recurrente de fenciclidina que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo de fenciclidina; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la fenciclidina; desatención de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de fenciclidina a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo de fenciclidina provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de fenciclidina).
9. Se continúa con el consumo de fenciclidina a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ella.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
    a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de fenciclidina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de fenciclidina.

<= Ir a la Clasificación

Nota: No se han establecido los síntomas y signos de abstinencia de la fenciclidina, por lo que este criterio no se aplica (se ha descrito la abstinencia de fenciclidina en los animales, pero no se ha documentado en seres humanos).

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la fenciclidina.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación concomitante por fenciclidina o algún otro trastorno mental inducido por ella, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de fenciclidina. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de fenciclidina viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por la fenciclidina (véase la nota de codificación de la intoxicación por fenciclidina o de un trastorno mental específico inducido por la fenciclidina). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico concomitante inducido por la fenciclidina, solamente se indica el código del trastorno psicótico inducido por la fenciclidina, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de fenciclidina es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de fenciclidina con un trastorno psicótico inducido por la fenciclidina, o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de fenciclidina con un trastorno psicótico inducido por la fenciclidina.

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F16.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
304.60 (F16.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
304.60 (F16.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

Las fenciclidinas (o sustancias similares a la fenciclidina) incluyen la fenciclidina (p. ej., la PCP, "polvo de ángel") y los compuestos menos potentes, pero que actúan de manera parecida, como la ketamina, la ciclohexamina y la dizocilpina. Estas sustancias se desarrollaron primero como anestésicos disociativos en la década de los cincuenta y se convirtieron en drogas de uso recreativo en la década de sesenta. En dosis bajas producen sentimientos de separación de la mente y el cuerpo (por consiguiente, son "disociativas"), y en dosis altas puede producir estupor y coma. Estas sustancias suelen fumarse o ingerirse por vía oral, pero también pueden inhalarse o inyectarse. Aunque los efectos psicoactivos primarios de la PCP duran unas pocas horas, la tasa de eliminación total de esta droga del cuerpo se alarga característicamente durante 8 días o más. Los efectos alucinógenos en las personas vulnerables pueden durar semanas y pueden precipitar un episodio parecido a la esquizofrenia. Se ha observado que la ketamina tienen utilidad en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. No

se han establecido claramente los síntomas de abstinencia en los seres humanos y, por lo tanto, el criterio de abstinencia no está incluido en el diagnóstico de trastorno por consumo de fenciclidina.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La fenciclidina se puede detectar en la orina durante un máximo de 8 días o durante más tiempo en dosis muy altas. Además de las pruebas de laboratorio para detectar su presencia, pueden ayudar en su diagnóstico los síntomas característicos resultantes de la intoxicación con fenciclidina o sustancias relacionadas. La fenciclidina suele producir síntomas disociativos, analgesia, nistagmo e hipertensión, con riesgo de hipotensión y *shock*. El consumo de fenciclidina también puede precipitar comportamientos violentos, puesto que las personas intoxicadas pueden creer que están siendo atacadas. Los síntomas residuales tras el uso pueden parecerse a los de la esquizofrenia.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno se desconoce. Aproximadamente el 2,5 % de los encuestados en la población general refiere haber consumido fenciclidina alguna vez en su vida. La proporción de consumidores aumenta con la edad, de modo que hay un 0,3 % de consumidores entre los 12 y los 17 años, un 1,3 % entre los 18 y los 25 años y un 2,9 % en los mayores de 26 años. Parece existir un aumento entre los estudiantes de 2° de Bachillerato que la han usado alguna vez (hasta el 2,3 % desde el 1,8 %) y en el año anterior (hasta un 1,3 % desde el 1,0 %). El consumo de ketamina durante el año anterior parece relativamente estable entre estos estudiantes (el 1,6-1,7 % en los últimos 3 años).

Factores de riesgo y pronóstico

Existe poca información acerca de los factores de riesgo para el trastorno por consumo de fenciclidina. Entre las personas admitidas a tratamiento por abuso de sustancias, las que consumían fenciclidina como sustancia primaria, en comparación con los admitidos por el consumo de otras sustancias, eran más jóvenes, tenían niveles educativos más bajos y se ubicaban con mayor probabilidad en las regiones del Nordeste y del Oeste de Estados Unidos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El uso de la ketamina en los jóvenes de 16 a 23 años se ha detectado más frecuentemente entre los blancos (el 0,5 %) que entre otros grupos étnicos (rango 0-0,3 %). Entre las personas admitidas a tratamiento por abuso de sustancias, los que consumían fenciclidina como primera sustancia eran predominantemente negros (el 49 %) o hispanos (el 29 %).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los varones representan aproximadamente las tres cuartas partes de las personas con visitas a salas de urgencias relacionadas con la fenciclidina.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, puesto que la fenciclidina está presente en la orina en las personas intoxicadas hasta 8 días después de la ingestión. Los antecedentes del individuo, junto con ciertos signos físicos, tales como el nistagmo, la analgesia y una hipertensión importante, pueden ayudar a distinguir el cuadro clínico de la fenciclidina del de otros alucinógenos.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de fenciclidina

En las personas con trastorno por consumo de fenciclidina puede haber evidencia física de lesiones causadas por accidentes, peleas y caídas. El uso crónico de fenciclidina puede producir déficits en la memoria, el habla y la cognición que pueden durar meses. Como consecuencia de la intoxicación con fenciclidina pueden aparecer toxicidades cardiovasculares y neurológicas (p. ej., convulsiones, distonías, discinesias, catalepsia, hipotermia o hipertermia). Otras consecuencias son la hemorragia intracraneal, la rabdomiólisis, problemas respiratorios y (ocasionalmente) paro cardíaco.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de consumo de sustancias. Distinguir los efectos de la fenciclidina de los de otras sustancias es importante, ya que puede ser un aditivo común a otras sustancias (p. ej., cannabis, cocaína).

Esquizofrenia y otros trastornos mentales. Algunos de los efectos del consumo de la fenciclidina y de sustancias relacionadas pueden parecerse a los síntomas de otros trastornos psiquiátricos, como la psicosis (esquizofrenia), el bajo estado de ánimo (trastorno depresivo mayor) y los comportamientos agresivos violentos (trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial). Es importante discernir si estos comportamientos se produjeron antes de la ingesta del fármaco para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente. Se debe considerar el trastorno psicótico inducido por fenciclidina cuando, en las personas que sufren alteraciones en la percepción tras la ingestión de fenciclidina, aparece un juicio de realidad deteriorado.

Trastorno por consumo de otros alucinógenos

Criterios diagnósticos

A. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la fenciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
5. Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de un alucinógeno).
9. Se continúa con el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
    a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógeno para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

Nota: No se han establecido los síntomas ni los signos de la abstinencia de los alucinógenos, por lo que este criterio no se aplica.

Especificar **el alucinógeno en particular**.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otro alucinógeno, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógenos", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otro alucinógeno, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógenos", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuyo el individuo está en un entorno con acceso restringido a los alucinógenos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación por alucinógenos o algún otro trastorno mental inducido por alucinógenos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alucinógenos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alucinógenos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por los alucinógenos (véase la nota de codificación de la intoxicación por alucinógenos o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico concomitante inducido por alucinógenos, solamente se indica el código del trastorno psicótico inducido por alucinógenos, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de alucinógenos es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de alucinógenos con un trastorno psicótico inducido por alucinógenos, o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de alucinógenos con un trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

Especificar la gravedad actual:

305.30 (F16.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
304.50 (F16.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
304.50 (F16.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

Los alucinógenos comprenden un grupo diverso de sustancias que, a pesar de tener diferentes estructuras químicas y de implicar posiblemente diferentes mecanismos moleculares, producen alteraciones similares de la percepción, del estado de ánimo y de la cognición. Los alucinógenos implicados son las fenilalquilaminas (p. ej., la mescalina, DOM [2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina] y MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina, también conocida como "éxtasis"]), las indolaminas, como la psilocibina (es decir, la psilocina) y la dimetiltriptamina (DMT), y las ergolinas, como el LSD (la dietilamida del ácido lisérgico) y las semillas de gloria de la mañana. Además, otros compuestos etnobotánicos se clasifican como alucinógenos, dos ejemplos de los cuales son la *salvia divinorum* y el estramonio. Se excluyen del grupo de alucinógenos el cannabis y su principio activo, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (véase el apartado Trastorno por consumo de cannabis). Estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, pero se diagnostican por separado debido a las diferencias significativas en sus efectos psicológicos y de comportamiento.

Los alucinógenos se toman generalmente por vía oral, aunque algunas formas se fuman (p. ej., DMT, salvia) o se toman (raramente) por vía intranasal o se inyectan (p. ej., éxtasis). La duración de

los efectos varía en cada tipo de alucinógeno. Algunas de estas sustancias (es decir, LSD, MDMA) tienen una duración prolongada y una vida media larga, de tal manera que los usuarios pueden pasarse horas al día consumiendo y/o recuperándose de los efectos de las drogas. Sin embargo, otras drogas alucinógenas (p. ej., DMT, salvia) son de acción corta. La tolerancia a los alucinógenos se desarrolla con el uso repetido y se ha descrito que tienen tanto efectos psicológicos como autonómicos. Existe tolerancia cruzada entre el LSD y otros alucinógenos (p. ej., psilocibina, mescalina), pero no se extiende a otras categorías de drogas, tales como las anfetaminas y el cannabis.

La MDMA/éxtasis, como alucinógeno, puede tener efectos característicos atribuibles tanto a sus propiedades alucinógenas como estimulantes. Entre los consumidores de éxtasis (más del 50 % en los adultos y del 30 % en una muestra de jóvenes), los criterios más comúnmente detectados son el uso continuado a pesar de los problemas físicos o psicológicos, la tolerancia, el consumo de riesgo y el gasto de una gran cantidad de tiempo en la obtención de la sustancia, mientras que rara vez se refieren problemas jurídicos relacionados con el consumo de las sustancias y deseo persistente o incapacidad para abandonar el consumo. Como sucede en otras sustancias, los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de otros alucinógenos se sitúan a lo largo de un *continuo* de gravedad.

Uno de los criterios genéricos para los trastornos por consumo de sustancias, el síndrome de abstinencia clínicamente significativo, no se ha documentado consistentemente en los seres humanos, y por lo tanto el diagnóstico de síndrome de abstinencia de alucinógenos no está incluido en el DSM-5. Sin embargo, hay pruebas de la abstinencia de MDMA, con el respaldo de dos o más síntomas de abstinencia de carácter psicológico y físico observados en el 59-98 % de los consumidores de éxtasis de las muestras seleccionadas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los síntomas característicos de algunos de los alucinógenos pueden facilitar el diagnóstico, si no están disponibles los análisis toxicológicos de orina o sangre. Por ejemplo, las personas que usan LSD tienden a experimentar alucinaciones visuales que pueden ser aterradoras. Las personas intoxicadas con alucinógenos pueden exhibir un aumento temporal de las tendencias suicidas.

Prevalencia

De todos los trastornos por consumo de sustancias, este trastorno es uno de los más raros. La prevalencia en Estados Unidos a los 12 meses se estima en un 0,5 % entre los 12 y los 17 años, y del 0,1 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas son más altas en los hombres adultos (el 0,2 %) en comparación con las mujeres (el 0,1 %), pero se observa lo contrario en las muestras de adolescentes de 12 a 17 años, en los que la tasa a los 12 meses es ligeramente superior en las mujeres (el 0,6 %) que en los hombres (el 0,4 %). Las cifras son más elevadas en los individuos menores de 30 años, con el pico máximo en los individuos con edades entre los 18 y los 29 años (el 0,6 %) y la tasa mínima, de casi el 0,0 %, entre las personas mayores de 45 años.

Existen diferencias étnicas marcadas en la prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de otros alucinógenos. Entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, la prevalencia es mayor entre los nativos americanos y los nativos de Alaska (el 1,2 %) que entre los hispanos (el 0,6 %), los blancos (el 0,6 %), los afroamericanos (el 0,2 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,2 %). Entre los adultos, la prevalencia a los 12 meses es similar para los nativos americanos y los nativos de Alaska, los blancos y los hispanos (todos el 0,2 %), pero algo menor para los estadounidenses asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,07 %) y los afroamericanos (0,03 %). La prevalencia durante el año anterior es mayor en las muestras clínicas (p. ej., el 19 % de los adolescentes en tratamiento). Entre los individuos que actualmente utilizan alucinógenos en la población general, el 7,8 % (los adultos) y el 17 % (los adolescentes) presentaban un patrón problemático de consumo que cumplía con los criterios de trastorno por consumo de otros alucinógenos el año anterior. Entre grupos seleccionados de personas que tomaban alucinógenos (p. ej., los grandes consumidores de éxtasis en la actualidad), el 73,5 % de los adultos y el 77 % de los adolescentes presentaban un patrón problemático de consumo compatible con un diagnóstico de trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Desarrollo y curso

A diferencia de la mayoría de las sustancias en las que una edad temprana de inicio se asocia con un aumento del riesgo para el trastorno por consumo correspondiente, no está claro que exista una asociación entre una

edad temprana de inicio y un mayor riesgo de trastorno por consumo de otros alucinógenos. Sin embargo, se han encontrado patrones de consumo de drogas que difieren según la edad de inicio, siendo los usuarios con un inicio temprano de éxtasis los que más probabilidades tienen de ser policonsumidores en comparación con sus homólogos de inicio tardío. El consumo de un alucinógeno específico puede tener una influencia desproporcionada sobre el riesgo de desarrollar otro trastorno por consumo de otros alucinógenos, de este modo el consumo de éxtasis/MDMA aumenta el riesgo en comparación con otros alucinógenos.

Se sabe poco sobre el curso del trastorno por consumo de otros alucinógenos, pero generalmente se cree que tiene una baja incidencia, baja persistencia y altas tasas de recuperación. Los adolescentes están especialmente en riesgo de consumir estas sustancias, y se estima que el 2,7 % de los jóvenes de entre 12 y 17 años han ingerido una o más de estas drogas en los últimos 12 meses, de los cuales un 44 % había consumido éxtasis/MDMA. Este trastorno se ha observado principalmente en las personas menores de 30 años, con casos muy poco frecuentes en los adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. En los adolescentes, el consumo de MDMA se asocia con una elevada tasa de trastorno por consumo de otros alucinógenos, aunque esto no ocurre de una manera consistente en los adultos. Las tasas elevadas de este trastorno se asocian a otros trastornos por consumo de sustancias, sobre todo de alcohol, tabaco y cannabis, y al trastorno depresivo mayor. El trastorno de personalidad antisocial es frecuente entre las personas que consumen más de dos drogas, además de los alucinógenos, en comparación con sus homólogos con menor historial de consumo. La influencia sobre los comportamientos antisociales en los adultos, aunque no sobre el trastorno de conducta o el trastorno antisocial de la personalidad, puede ser más importante entre las mujeres que entre los hombres. El consumo de alucinógenos específicos (p. ej., salvia) destaca entre los individuos de edades comprendidas entre los 18 y los 25 años que despliegan otras conductas de riesgo y actividades ilegales. El consumo de cannabis también ha estado implicado como precursor del inicio del consumo de alucinógenos (p. ej., éxtasis), junto con el uso precoz del alcohol y el tabaco. El consumo de las drogas de los compañeros y la búsqueda de sensaciones fuertes se han asociado con altas tasas de consumo de éxtasis. El consumo de MDMA/éxtasis suele encontrarse en el grupo más grave de consumidores de alucinógenos.

Genéticos y fisiológicos. Entre los gemelos de sexo masculino, la varianza genética total se ha estimado en un rango del 26 al 79 %, con pruebas contradictorias respecto a las influencias ambientales compartidas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Históricamente, los alucinógenos se han utilizado como parte de las prácticas religiosas establecidas, tales como el uso del peyote en la Iglesia Nativa Americana y en México. Se ha producido el consumo ritual de psilocibina obtenida de ciertos tipos de hongos en las poblaciones indígenas en América del Sur, México y en algunas zonas de Estados Unidos, o de la ayahuasca en las sectas Santo Daime y União de Vegetal. El uso regular de peyote, como parte de los rituales religiosos, no está vinculado a déficits neuropsicológicos y psicológicos. En los adultos, por el momento, no se han encontrado diferencias por raza u origen étnico ni para los criterios completos ni para ningún criterio individual.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Entre los adolescentes, las mujeres pueden ser menos propensas que los hombres a desarrollar "consumo de riesgo", aunque el sexo femenino tiene una mayor probabilidad de padecer el trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para distinguir entre los diferentes alucinógenos. Sin embargo, debido a que algunos agentes (p. ej., LSD) son tan potentes que, con tan sólo 75 µg pueden producir reacciones graves, el examen toxicológico típico no siempre revela qué sustancia se ha utilizado.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de otros alucinógenos

Existe evidencia de los efectos neurotóxicos a largo plazo del consumo de MDMA/éxtasis, entre los que están las alteraciones en la memoria, la función psicológica y la función neuroendocrina, la disfunción del sistema serotoninérgico, la alteración del sueño, así como efectos adversos en la microvascularización del cerebro, en la maduración de la materia blanca y daño de axones. El uso de MDMA/éxtasis puede disminuir la conectividad funcional entre las regiones del cerebro.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de consumo de sustancias. Los efectos de los alucinógenos se deben distinguir de los de otras sustancias (p. ej., anfetaminas), sobre todo debido a que la contaminación de los alucinógenos con otros fármacos es relativamente frecuente.

Esquizofrenia. La esquizofrenia también debe descartarse, ya que algunos individuos afectados (p. ej., las personas con esquizofrenia que presentan paranoia) pueden atribuir falsamente sus síntomas al uso de alucinógenos.

Otros trastornos mentales o problemas médicos. Otros trastornos o afecciones a tener en cuenta son el trastorno de pánico, los trastornos bipolares y depresivos, la abstinencia de alcohol o sedantes, la hipoglucemia y otras afecciones metabólicas, el trastorno convulsivo, el infarto, los trastornos oftalmológicos y los tumores del sistema nervioso central. Una cuidadosa historia del consumo de drogas, la información eventual de la familia y los amigos (si es posible), la edad, la historia clínica, el examen físico y los informes de toxicología son útiles para llegar a la decisión diagnóstica final.

Comorbilidad

Los adolescentes que usan MDMA/éxtasis y otros alucinógenos, así como los adultos que han utilizado recientemente el éxtasis, tienen una mayor prevalencia de otros trastornos por consumo de sustancias en comparación con los usuarios de sustancias no alucinógenas. Las personas que consumen alucinógenos, en particular el éxtasis y la salvia, presentan una mayor comorbilidad de trastornos mentales diferentes a los de consumo de sustancias (especialmente trastornos de ansiedad, bipolares y depresivos). Los índices de trastorno de personalidad antisocial y de comportamiento antisocial adulto (pero no el trastorno de conducta) son significativamente elevados entre las personas con este trastorno. Sin embargo, no está claro si las afecciones mentales pueden ser precursores en lugar de consecuencias de este trastorno (véase el apartado Factores de riesgo y pronóstico para esta afección). Tanto los adultos como los adolescentes que consumen éxtasis son más propensos que otros consumidores de drogas a ser policonsumidores y a desarrollar otros trastornos por consumo de drogas.

Intoxicación por fenciclidina

Criterios diagnósticos

A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar).
B. Cambios de comportamiento problemáticos clínicamente significativos (p. ej., belicosidad, agresividad, impulsividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de fenciclidina.
C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de una hora:

   Nota: Si la droga se fuma, se esnifa o se administra por vía intravenosa, el inicio puede ser especialmente rápido.

   1. Nistagmo vertical u horizontal.
   2. Hipertensión o taquicardia.

3. Entumecimiento o reducción de la respuesta al dolor.
4. Ataxia.
5. Disartria.
6. Rigidez muscular.
7. Convulsiones o coma.
8. Hiperacusia.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de fenciclidina. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.929**.

Nota: Además del apartado Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina, véase el apartado correspondiente en trastorno por consumo de fenciclidina.

Características diagnósticas

La intoxicación por fenciclidina refleja unos cambios de comportamiento clínicamente significativos que se producen poco después de la ingestión de esta sustancia (o una sustancia farmacológicamente similar). Las manifestaciones clínicas más comunes de la intoxicación son desorientación, confusión sin alucinaciones, alucinaciones o delirios, un síndrome de tipo catatónico y un coma de gravedad variable. La intoxicación suele durar varias horas, pero dependiendo del tipo de presentación clínica y de si se consumieron otras drogas además de la fenciclidina, puede durar varios días o incluso más.

Prevalencia

El consumo de fenciclidina o de sustancias relacionadas se puede tomar como una estimación de la prevalencia de la intoxicación. Aproximadamente el 2,5 % de los encuestados en la población general ha consumido fenciclidina alguna vez. Entre los estudiantes de secundaria, el 2,3 % de los estudiantes de 2° de Bachillerato afirmó haber consumido fenciclidina, con un 57 % de consumidores en los últimos 12 meses. Esto representa un aumento en comparación con fechas anteriores a 2011. El consumo anual de ketamina, que se ha evaluado por separado del de otras sustancias, se ha mantenido estable en el tiempo, con cerca de un 1,7 % de consumo en los estudiantes de 2° de Bachillerato.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, puesto que la fenciclidina es detectable en la orina durante un máximo de 8 días después de su consumo, aunque los niveles están débilmente asociados con la presentación clínica y, por lo tanto, no pueden ser de utilidad para el manejo de los casos individuales. Los niveles de la creatina-fosfocinasa y de la aspartato-aminotransferasa pueden estar elevados.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina

La intoxicación por fenciclidina produce gran toxicidad cardiovascular y neurológica (p. ej., convulsiones, distonías, discinesias, catalepsia, hipotermia o hipertermia).

Diagnóstico diferencial

En ausencia de un juicio de realidad intacto (es decir, sin introspección de la anormalidad perceptiva), se debería considerar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por fenciclidina debe diferenciarse de la intoxicación por otras sustancias, entre las que están otros alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína u otros

estimulantes, y de la abstinencia de los anticolinérgicos y las benzodiazepinas. El nistagmo y el comportamiento violento y extraño pueden diferenciar la intoxicación por fenciclidina de la debida a otras sustancias. Las pruebas toxicológicas pueden ser útiles para hacer esta distinción, ya que la fenciclidina es detectable en la orina durante un máximo de 8 días después de su consumo. Sin embargo, existe una correlación débil entre los niveles cuantitativos de toxicología de fenciclidina y la presentación clínica, lo que disminuye la utilidad de los hallazgos de laboratorio para el manejo del paciente.

Otras afecciones. Otras afecciones que deben considerarse son la esquizofrenia, la depresión, la abstinencia de otras sustancias (p. ej., sedantes, alcohol), ciertos trastornos metabólicos como la hipoglucemia y la hiponatremia, los tumores del sistema nervioso central, los trastornos convulsivos, la sepsis, el síndrome neuroléptico maligno y el daño vascular.

Intoxicación por otros alucinógenos

Criterios diagnósticos

A. Consumo reciente de un alucinógeno (distinto de la fenciclidina).
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a "perder la cabeza", ideas paranoides, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo del alucinógeno.
C. Cambios en la percepción que suceden estando plenamente despierto y alerta (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que aparecen durante o poco después del consumo de alucinógenos.
D. Dos (o más) de los signos siguientes que aparecen durante o poco después de consumir el alucinógeno:
   1. Dilatación pupilar.
   2. Taquicardia.
   3. Sudoración.
   4. Palpitaciones.
   5. Visión borrosa.
   6. Temblores.
   7. Incoordinación.
E. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alucinógenos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.929**.

Nota: Para más información acerca de las características asociadas que apoyan el diagnóstico y los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, véanse los apartados correspondientes en trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Características diagnósticas

La intoxicación por otros alucinógenos produce cambios de comportamiento o psicológicos clínicamente significativos poco después de la ingesta. Dependiendo del alucinógeno específico, la intoxicación puede durar sólo unos minutos (p. ej., por salvia) o varias horas o más (p. ej., por LSD [dietilamida del ácido lisérgico] o por MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina]).

Prevalencia

La prevalencia de la intoxicación por otros alucinógenos se estima por el consumo de esas sustancias. En Estados Unidos, un 1,8 % de los individuos mayores de 12 años afirma haber consumido alucinógenos en el pasado año. El consumo es más frecuente entre las personas más jóvenes, con el 3,1 % de los 12 a los 17 años y el 7,1 % de consumidores de los 18 a los 25 años durante el año anterior, en comparación con sólo el 0,7 % de las personas mayores de 26 años. La prevalencia a los doce meses es más frecuente en los hombres (el 2,4 %) que en las mujeres (el 1,2 %), y más aún entre los jóvenes de 18 a 25 años (el 9,2 % para los hombres frente al 5,0 % para las mujeres). En contraste, entre los individuos de edades entre los 12 y los 17 años, no hay diferencias de género (el 3,1 % para ambos sexos). Estas cifras pueden ser utilizadas como estimaciones aproximadas de prevalencia según el sexo de la intoxicación por otros alucinógenos.

Riesgo de suicidio

La intoxicación por otros alucinógenos puede aumentar la tendencia al suicidio, aunque éste es raro entre los consumidores de sustancias alucinógenas.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por otros alucinógenos

La intoxicación por otros alucinógenos puede tener consecuencias graves. Los trastornos de la percepción y el deterioro del juicio asociados con la intoxicación pueden producir lesiones o muertes por accidentes automovilísticos, peleas físicas o autolesiones no intencionales (p. ej., por intentos de "volar" desde lugares altos). Los factores ambientales y de personalidad, y las expectativas de la persona que consume el alucinógeno, pueden contribuir a la naturaleza y la gravedad de la intoxicación por alucinógenos. El consumo continuado de alucinógenos, sobre todo la MDMA, también se ha relacionado con efectos neurotóxicos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras sustancias. Esta intoxicación se debe diferenciar de la intoxicación por anfetaminas, cocaína u otros estimulantes, de la de anticolinérgicos e inhalantes y de la de fenciclidina. Las pruebas toxicológicas y la determinación de la vía de administración son útiles para hacer esta distinción.

Otras afecciones. Otros trastornos y afecciones que hay que considerar son la esquizofrenia, la depresión, la abstinencia de otras drogas (p. ej., sedantes, alcohol), ciertos trastornos metabólicos (p. ej., hipoglucemia), los trastornos convulsivos, los tumores del sistema nervioso central y los daños vasculares.

Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. Los síntomas del trastorno perceptivo persistente continúan de forma episódica o continua durante semanas (o más) tras una intoxicación reciente.

Trastornos inducidos por otros alucinógenos. La intoxicación por otros alucinógenos se distingue de los trastornos inducidos por otros alucinógenos (p. ej., el trastorno de ansiedad inducida por alucinógenos, con inicio durante la intoxicación), ya que los síntomas de estos últimos trastornos predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

Criterios diagnósticos 292.89 (F16.983)

A. Volver a experimentar uno o más síntomas de tipo perceptual como los que se experimentaron durante la intoxicación con el alucinógeno después de haber cesado su consumo (es decir, alucinaciones geométricas, percepciones erróneas de movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color, intensificación de los colores, rastros tras las imágenes de objetos en movimiento, imágenes remanentes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).
B. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, afectación visual de la epilepsia) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno neurocognitivo mayor, esquizofrenia) o alucinaciones hipnopómpicas.

Características diagnósticas

El sello distintivo del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos es la reexperimentación, cuando el individuo está sobrio, de los trastornos de la percepción que se vivieron mientras el individuo estaba intoxicado con el alucinógeno (Criterio A). Los síntomas pueden incluir cualquiera de las perturbaciones perceptivas, pero tienden a predominar los trastornos visuales. Dentro de las percepciones visuales anormales, suelen ser típicas las alucinaciones geométricas, las percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, los destellos de color, la intensificación de los colores, las estelas de los objetos en movimiento (es decir, visualizar un objeto que está girando como si estuviera inmóvil o girando muy lentamente como se ve en la fotografía estroboscópica), las postimágenes positivas (es decir , una "sombra" del mismo color o de color complementario de un objeto que queda después de extraer el objeto), halos alrededor de los objetos, o percepción errónea de las imágenes como demasiado grandes (macropsia) o demasiado pequeñas (micropsia). La duración de los trastornos de la visión puede ser episódica o casi continua y debe provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Las perturbaciones pueden durar semanas, meses o años. Deben descartarse otras explicaciones de las alteraciones (p. ej., lesiones cerebrales, psicosis preexistente, trastornos convulsivos, migraña con aura y sin dolores de cabeza) (Criterio C).

El trastorno perceptivo persistente por alucinógenos se produce principalmente después de consumir LSD (dietilamida del ácido lisérgico), pero no exclusivamente. No parece haber una fuerte correlación entre el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos y la cantidad de ocasiones en que se consumieron, y se han encontrado algunos casos de trastorno perceptivo persistente en personas con una exposición mínima a los alucinógenos. Algunos casos de este trastorno pueden estar provocados por el consumo de otras sustancias (p. ej., cannabis o alcohol) o durante la adaptación a la oscuridad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El juicio de realidad permanece intacto en las personas con trastorno de la percepción persistente por alucinógenos (es decir, el individuo es consciente de que la perturbación está vinculada al efecto de la droga). De no estar claro éste, otro trastorno podría explicar mejor las percepciones anormales.

Prevalencia

Las estimaciones de prevalencia del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos son desconocidas. Las estimaciones de prevalencia inicial de la afección entre las personas que consumen alucinógenos son de aproximadamente un 4,2 %.

Desarrollo y curso

Poco se sabe sobre el desarrollo del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. Su curso, como lo sugiere su nombre, es persistente: dura semanas, meses o incluso años en algunos individuos.

Factores de riesgo y pronóstico

Hay poca evidencia sobre los factores de riesgo para el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, aunque se han sugerido los factores genéticos como una posible explicación que subyace a la susceptibilidad a los efectos del LSD de este trastorno.

Consecuencias funcionales del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

Aunque el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos se mantiene de forma crónica en algunos casos, muchas de las personas con el trastorno son capaces de suprimir las alteraciones y continuar funcionando con normalidad.

Diagnóstico diferencial

Las afecciones que deben descartarse incluyen la esquizofrenia, otras efectos de las drogas, las afecciones neurodegenerativas, los accidentes cerebrovasculares, los tumores cerebrales, las infecciones y los traumatismos craneales. Los resultados de la neuroimagen en los casos de trastorno perceptivo persistente por alucinógenos suelen ser negativos. Como se ha indicado anteriormente, el juicio de realidad permanece intacto (es decir, el individuo es consciente de que la perturbación está vinculada al efecto de la droga), y si no fuera éste el caso, otro trastorno (p. ej., un trastorno psicótico, otra afección médica) podría explicar mejor las percepciones anormales.

Comorbilidad

Los trastornos mentales comórbidos comunes que acompañan al trastorno perceptivo persistente por alucinógenos son el trastorno de pánico, el trastorno por consumo de alcohol y el trastorno depresivo mayor.

Otros trastornos inducidos por fenciclidina

En otros capítulos del manual se describen otros trastornos inducidos por fenciclidina, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por fenciclidina (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por fenciclidina (Trastorno bipolar y trastornos relacionados), trastorno depresivo inducido por fenciclidina (Trastornos depresivos) y trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina (Trastornos de ansiedad). Con respecto al delirium por intoxicación por fenciclidina, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por la fenciclidina solamente se diagnostican, en lugar de la intoxicación por fenciclidina, cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastornos inducidos por otros alucinógenos

Los siguientes trastornos inducidos por otros alucinógenos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por otros alucinógenos (Trastorno bipolar y trastornos relacionados), trastorno depresivo inducido por

otros alucinógenos (Trastornos depresivos) y trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos (Trastornos de ansiedad). Con respecto al delirium por intoxicación por otros alucinógenos, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por los alucinógenos solamente se diagnostican, en lugar de la intoxicación por otros alucinógenos, cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la fenciclidina que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con la fenciclidina o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con un alucinógeno que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con un alucinógeno o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con los inhalantes

Trastorno por consumo de inhalantes

Intoxicación por inhalantes

Otros trastornos inducidos por inhalantes

Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

Trastorno por consumo de inhalantes

Criterios diagnósticos

A. Un modelo problemático de consumo de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al, menos, por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume un inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del inhalante.

<= Ir a la Clasificación

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el inhalante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un inhalante.
5. Consumo recurrente de un inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de un inhalante a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo del inhalante provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de un inhalante en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo del inhalante a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por esa sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
    a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de inhalante para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de inhalante.

Especificar **el inhalante en particular:** Cuando sea posible se debe indicar el nombre de la sustancia específica (p. ej., trastorno por consumo de disolventes).

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir inhalantes", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir inhalantes", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los inhalantes.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación por inhalantes o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de inhalantes. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de inhalantes viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codificación de la intoxicación por inhalantes, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por inhalantes y un trastorno por consumo de inhalantes concomitante, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por inhalantes, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de inhalantes es leve, moderado o grave: F18.14 para un trastorno leve por consumo de inhalantes con un trastorno depresivo inducido por inhalantes, o F18.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de inhalantes con un trastorno depresivo inducido por inhalantes.

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F18.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
304.60 (F18.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
304.60 (F18.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

Este manual considera que si el consumo de hidrocarburos volátiles satisface los criterios diagnósticos anteriores, se trata de un trastorno por consumo de inhalantes. Los hidrocarburos volátiles son gases tóxicos de los pegamentos, combustibles, pinturas y otros compuestos volátiles. Cuando sea posible, se debe especificar la sustancia involucrada en particular (p. ej., trastorno por consumo de tolueno). Sin embargo, la mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de varias sustancias que producen efectos psicoactivos, y a menudo es difícil determinar la sustancia exacta responsable del trastorno. A menos que haya pruebas claras de que se ha utilizado una única sustancia sin mezclar, se debe emplear el término general de inhalantes en la codificación del diagnóstico. Los desórdenes derivados de la inhalación de óxido nitroso o de nitritos volátiles (amil, butil e isobutil) se consideran un trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

La gravedad de los individuos con trastorno por consumo de inhalantes se cuantifica por el número de criterios diagnósticos que cumple. Los cambios en la gravedad del trastorno a lo largo del tiempo se reflejan por la reducción en la frecuencia (p. ej., los días que se inhala cada mes) y/o la dosis (p. ej., los tubos de pegamento por día), según se refiera en la evaluación por el autoinforme, los informe de allegados, las observaciones del clínico y las pruebas biológicas (cuando sea posible).

Características diagnósticas

Las características del trastorno por consumo de inhalantes implican el uso repetido de una sustancia inhalante a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando graves problemas (Criterio A9). Estos problemas se reflejan en los criterios diagnósticos. Pueden tener lugar el absentismo laboral o académico o la incapacidad para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas en el trabajo o la escuela (Criterio A5), y el uso continuado de la sustancia inhalante a pesar de que conlleva discusiones con la familia o los amigos, peleas y otros problemas sociales o interpersonales (Criterio A6). Además, se puede limitar el contacto con la familia, el trabajo o las obligaciones escolares o las actividades recreativas (p. ej., los deportes, los juegos, las aficiones) (Criterio A7). También se ha observado consumo de inhalantes mientras se conduce o maneja maquinaria peligrosa (Criterio A8).

Alrededor de un 10 % de los consumidores de inhalantes ha referido experimentar tolerancia (Criterio A10) y abstinencia leve, aunque algunas personas siguen consumiendo para evitar el síndrome de abstinencia. Sin embargo, debido a que los síntomas de abstinencia son leves, este manual no reconoce un diagnóstico de abstinencia de inhalantes ni incorpora las quejas por abstinencia como criterio diagnóstico del trastorno por consumo de inhalantes.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El diagnóstico de trastorno por consumo de inhalantes se fundamenta en la presencia de episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en los análisis de drogas estándar (que no detectan los inhalantes), en la posesión de sustancias inhalantes o la presencia de su olor persistente, en la existencia de un "sarpullido del esnifador de pegamento" en la zona perioral o perinasal, en la existencia de una relación con otros individuos conocidos por usar inhalantes, en la pertenencia a grupos con un consumo de inhalantes prevalente (p. ej., algunas comunidades nativas o indígenas, los niños sin hogar en pandillas callejeras), en la facilidad de acceso a ciertas sustancias inhalantes, en la posesión de parafernalia, en la presencia de complicaciones médicas características del trastorno (p. ej., patología cerebral de la sustancia blanca, rabdomiólisis) y en la presencia de múltiples trastornos por consumo de sustancias. El uso de inhalantes y el trastorno por consumo de inhalantes están asociados con intentos previos de suicidio, especialmente entre los adultos con antecedentes personales de episodios de bajo estado de ánimo o anhedonia.

Prevalencia

Cerca del 0,4 % de los estadounidenses de entre 12 a 17 años tiene un patrón de uso que cumple con los criterios de trastorno por consumo de inhalantes en los últimos 12 meses. Entre los jóvenes, la

prevalencia es mayor en los indígenas americanos y más baja en los afroamericanos. La prevalencia cae hasta alrededor de 0,1 % entre los estadounidenses de entre 18 y 29 años, y es sólo del 0,02 % cuando se consideran todos los estadounidenses mayores de 18 años, casi sin mujeres y con predominio de los americanos de origen europeo. Por supuesto, en los subgrupos aislados, la prevalencia puede diferir considerablemente de estas tasas globales.

Desarrollo y curso

Alrededor del 10 % de los adolescentes estadounidenses de 13 años refiere haber consumido inhalantes al menos una vez. Este porcentaje se mantiene estable hasta la edad de 17 años. Entre los 12 y los 17 años los inhalantes más consumidos son el pegamento, el betún o el tolueno, la gasolina o el líquido para los encendedores, o las pinturas en aerosol.

Sólo el 0,4 % de los consumidores de entre 12 y 17 años desarrolla un trastorno por consumo de inhalantes; estos jóvenes tienden a mostrar varios problemas. La prevalencia decreciente del trastorno después de la adolescencia indica que, por lo general, remite en la edad adulta inicial.

El trastorno por consumo de hidrocarburo volátil es raro en los niños prepúberes, más común en los adolescentes y los adultos jóvenes y muy poco frecuente en las personas mayores. El mayor flujo de llamadas a los centros de control toxicológico tras el "abuso intencional" de inhalantes afecta a los individuos de 14 años. De los adolescentes que usan inhalantes, tal vez una quinta parte desarrolle el trastorno, unos pocos mueren a causa de los accidentes relacionados con los inhalantes, o fallecen a causa de una "muerte súbita por inhalación". Pero la afección aparentemente remite en muchos individuos después de la adolescencia. De este modo, la prevalencia disminuye drásticamente entre los individuos de 20 años. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes en la edad adulta a menudo tienen graves problemas: trastornos por consumo de sustancias, trastorno de la personalidad antisocial e ideación e intentos de suicidio.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los predictores de la progresión desde la no utilización al consumo, y desde ahí al trastorno, son los trastornos por uso de sustancias no inhalantes comórbidos y un trastorno de conducta o un trastorno de la personalidad antisocial. Otros predictores son el inicio precoz de su consumo y la asistencia previa a servicios de salud mental.

Ambientales. Los gases inhalantes están amplia y legalmente disponibles, aumentando el riesgo de mal uso. El maltrato o el trauma infantil también se asocian con la progresión en los jóvenes desde la falta de consumo hasta el trastorno.

Genéticos y fisiológicos. La desinhibición del comportamiento es una tendencia general, altamente heredable, a no someter el comportamiento a unas formas socialmente aceptables, a romper las normas y las reglas sociales y a arriesgarse peligrosamente, en busca en exceso de recompensas a pesar de la probabilidad de consecuencias adversas. Los jóvenes con gran desinhibición comportamental presentan factores de riesgo de trastorno por consumo de inhalantes, tales como, trastorno por consumo de sustancias de inicio precoz, policonsumo y problemas tempranos de conducta. Debido a que la desinhibición del comportamiento está sometida a una fuerte influencia genética, los jóvenes de familias con problemas de sustancias y de comportamiento antisocial están en especial riesgo de trastorno por consumo de inhalantes.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Ciertas comunidades nativas o aborígenes han experimentado una alta prevalencia de problemas con inhalantes. Además, en algunos países, los grupos de niños sin hogar en las pandillas callejeras tienen grandes problemas de consumo de inhalantes.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la prevalencia del trastorno por consumo de inhalantes es casi idéntica en los varones y las mujeres adolescentes, el trastorno es muy poco frecuente entre las mujeres adultas.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas en orina, aliento o saliva pueden ser útiles para evaluar el uso concomitante de sustancias que no son inhaladas en las personas con un trastorno por consumo de inhalantes. Sin embargo, los

problemas técnicos y el gasto considerable de los análisis hacen que sea poco práctica la determinación habitual de pruebas biológicas para los propios inhalantes.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de inhalantes

Debido a la toxicidad inherente, el uso de gas butano o propano suele ser mortal. Por otra parte, los hidrocarburos volátiles inhalados pueden producir "muerte súbita por inhalación" debido a una arritmia cardíaca. Las muertes pueden suceder incluso en la primera exposición a los inhalantes y no se cree que esté relacionada con la dosis. El uso de hidrocarburos volátiles deteriora la función neuroconductual y provoca diversos problemas gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y pulmonares.

Los consumidores de inhalantes a largo plazo tienen un mayor riesgo de tuberculosis, VIH/sida, afecciones de transmisión sexual, depresión, ansiedad, bronquitis, asma y sinusitis. Las muertes pueden suceder por depresión respiratoria, arritmias, asfixia, aspiración de vómito, o por lesiones y accidentes.

Diagnóstico diferencial

Exposición a inhalantes (involuntaria) por accidentes de trabajo u otros. Esta denominación se utiliza cuando los hallazgos sugieren la exposición por inhalación repetida o continua, pero la persona involucrada y otros informantes niegan cualquier antecedente de consumo intencional de inhalantes.

Uso de inhalantes (intencional), sin el cumplimiento de los criterios de trastorno por consumo de inhalantes. El uso de inhalantes es común entre los adolescentes, pero para la mayoría de los individuos, el uso de inhalantes no cumple con el estándar diagnóstico de dos o más ítems del Criterio A del trastorno por consumo de inhalantes en el último año.

Intoxicación por inhalantes, sin el cumplimiento de los criterios de trastorno por consumo de inhalantes. La intoxicación por inhalantes aparece frecuentemente en las personas con el trastorno por consumo de inhalantes, pero también puede darse entre los individuos cuyo uso no se ajusta a los criterios del trastorno, requiriéndose la existencia de, al menos, 2 de los 10 criterios diagnósticos durante el año anterior.

Trastornos inducidos por inhalantes (es decir, trastorno psicótico, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno neurocognitivo, otros trastornos inducidos por inhalantes) y sin el cumplimiento de los criterios de trastorno por consumo de inhalantes. Se reúnen los criterios de un trastorno psicótico, depresivo, ansioso o neurocognitivo importante, y no existe evidencia en la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que los déficits estén etiológicamente relacionados con los efectos de las sustancias inhalantes. Además, puede que los criterios del trastorno por consumo de inhalantes no se cumplan (es decir, la presencia de menos de 2 de los 10 criterios).

Otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente las que involucran sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos). El trastorno por consumo de inhalantes coincide frecuentemente con otros trastornos por consumo de sustancias, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y estar superpuestos. Para desentrañar los patrones de los síntomas es útil preguntar qué síntomas persistieron durante los períodos en que no se consumieron algunas de las sustancias.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos o infecciosos que menoscaben la función del sistema nervioso central o periférico. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes pueden presentar síntomas de anemia perniciosa, degeneración subaguda combinada de la médula espinal, psicosis, trastorno cognitivo mayor o menor, atrofia cerebral, leucoencefalopatía y muchos otros trastornos del sistema nervioso. Por supuesto, estos trastornos también pueden aparecer en ausencia del trastorno por consumo de inhalantes. Unos antecedentes de poco o ningún uso de inhalantes van a ayudar a excluir el trastorno por consumo de inhalantes como fuente de estos problemas.

Trastornos de otros sistemas orgánicos. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes pueden presentar síntomas de daño hepático o renal, rabdomiólisis, metahemoglobinemia o síntomas de otras afecciones gastrointestinales, cardiovasculares o pulmonares. Una historia de poco o ningún uso de inhalantes ayuda a excluir el trastorno por consumo de inhalantes como el origen de este tipo de problemas médicos.

Comorbilidad

Las personas con trastorno por consumo de inhalantes, que reciben atención clínica, a menudo tienen otros trastornos por consumo de sustancias. El trastorno por consumo de inhalantes coincide frecuentemente con los trastornos de conducta en los adolescentes y con el trastorno antisocial de la personalidad en los adultos. El uso de inhalantes en los adultos y el trastorno por consumo de inhalantes también están estrechamente relacionados con los intentos de suicidio y la ideación suicida.

Intoxicación por inhalantes

Criterios diagnósticos

A. Exposición reciente y breve, intencionada o no, a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., belicosidad, agresividad, apatía, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de inhalantes.
C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo del inhalante:
   1. Mareos.
   2. Nistagmo.
   3. Incoordinación.
   4. Habla disártrica.
   5. Marcha insegura.
   6. Aletargamiento.
   7. Reducción de reflejos.
   8. Retraso psicomotor.
   9. Temblores.
   10. Debilidad muscular generalizada.
   11. Visión borrosa o diplopía.
   12. Estupor o coma.
   13. Euforia.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de inhalantes. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.929**.

Nota: Para más información acerca del desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, aspectos diagnósticos relacionados con la cultura y marcadores diagnósticos, véanse los apartados correspondientes en el trastorno por consumo de inhalantes.

Características diagnósticas

La intoxicación por inhalantes es un trastorno mental clínicamente significativo relacionado con inhalantes que se desarrolla durante o inmediatamente después de la inhalación intencionada o inintencionada de un hidrocarburo volátil. Los hidrocarburos volátiles son gases tóxicos de los pegamentos, combustibles, pinturas, y otros compuestos volátiles. Cuando sea posible, debe especificarse la sustancia particular involucrada (p. ej., intoxicación por tolueno). La intoxicación desaparece en cuestión de pocos minutos u horas tras la exposición. Por lo tanto, la intoxicación por inhalantes suele aparecer en forma de episodios breves que pueden repetirse.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La intoxicación por inhalantes se sustenta en la evidencias de posesión de las sustancias inhalantes o en la presencia de sus olores persistentes (p. ej., el pegamento, el disolvente de pintura, la gasolina, los encendedores de butano), en la presencia de una intoxicación aparente que ocurre en el espectro de edad en que hay una mayor prevalencia de uso de los inhalantes (los 12-17 años), y en la aparición de una intoxicación aparente con resultados negativos en las pruebas estándar de detección de droga, que por lo general no logran identificar los inhalantes.

Prevalencia

La prevalencia de episodios reales de intoxicación por inhalantes en la población general es desconocida, pero es probable que la mayoría de los usuarios de inhalantes haya cumplido alguna vez los criterios para el trastorno de intoxicación por inhalantes. Por lo tanto, la prevalencia de uso de inhalantes y la prevalencia de la intoxicación por inhalantes es probablemente similar. En 2009 y 2010, un 0,8 % de los estadounidenses mayores de 12 años afirmó haber consumido inhalantes durante el último año; la prevalencia fue mayor en los grupos de edad más jóvenes (el 3,6 % para las personas de 12 a 17 años, y el 1,7 % para las personas de 18 a 25 años).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Se desconocen las diferencias de género en la prevalencia de intoxicación por inhalantes en la población general. Sin embargo, si se asume que la mayoría de los usuarios de inhalantes finalmente experimentará intoxicación por inhalación, las diferencias de género en la prevalencia de los consumidores de inhalantes probablemente se aproxime a aquella proporción de hombres y mujeres que experimentan una intoxicación por inhalantes. En cuanto a las diferencias de género en la prevalencia de consumidores de inhalantes en Estados Unidos, el 1 % de los varones mayores de 12 años y el 0,7 % de las mujeres mayores de 12 años han usado inhalantes en el año anterior, pero en los grupos de edad más jóvenes, más mujeres que hombres han consumido inhalantes (p. ej., entre los jóvenes de entre 12 y 17 años, el 3,6 % de los varones y el 4,2 % de las mujeres).

Consecuencias funcionales de la intoxicación por inhalantes

El uso de las sustancias inhaladas en un recipiente cerrado, como una bolsa de plástico en la cabeza, puede llevar a la inconsciencia, la anoxia y la muerte. Por otra parte, la "muerte súbita por inhalación", probablemente por arritmia o paro cardíaco, puede suceder con diversos inhalantes volátiles. El aumento de la toxicidad de ciertas sustancias inhalables volátiles, tales como el butano o el propano, también causa muertes. Aunque la intoxicación por inhalantes en sí misma es de corta duración, puede producir problemas médicos y neurológicos persistentes, especialmente si las intoxicaciones son frecuentes.

Diagnóstico diferencial

Exposición a inhalantes, sin cumplir los criterios del trastorno de intoxicación por inhalantes. El individuo inhala sustancias intencionalmente o no, pero la dosis no es suficiente como para cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de inhalantes.

Intoxicación por otras sustancias y trastornos inducidos por otras sustancias/medicamentos, en especial por sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos). Estos trastornos pueden tener síntomas y signos similares, pero la intoxicación es atribuible a otras sustancias tóxicas que pueden ser identificadas a través de un examen toxicológico. La diferenciación del origen de la intoxicación puede implicar hallar evidencias de exposición por inhalación similares a las descritas para el trastorno por consumo de inhalantes. Puede considerarse un diagnóstico de intoxicación por inhalantes si existe posesión de sustancias inhalantes o la presencia de sus olores persistentes (p. ej., pegamento, disolvente de pintura, gasolina, encendedores de butano), si se objetiva la posesión de la parafernalia (p. ej., los trapos o las bolsas para la concentración de los vapores del pegamento), si aparece el "sarpullido del esnifador de pegamento" perioral o perinasal, si se recoge información de la familia o los amigos acerca de que el individuo está intoxicado, si posee o usa inhalantes, si existe intoxicación aparente a pesar de encontrar unos resultados negativos en las pruebas toxicológicas habituales (que por lo general no logran identificar los inhalantes), si hay una intoxicación aparente que ocurre en el espectro de edad con mayor prevalencia de uso de inhalantes (12-17 años),

si se aprecia una relación con otras personas conocidas por usar inhalantes, si existe pertenencia a determinadas comunidades pequeñas con un uso prevalente de inhalantes (p. ej., algunas comunidades nativas o aborígenes, los niños y los adolescentes sin hogar), o si hay un acceso inusual a ciertas sustancias inhalantes.

Otros trastornos relacionados con los inhalantes. Los episodios de intoxicación por inhalantes se producen durante otros trastornos relacionados con los inhalantes, pero no son idénticos a ellos. Esos trastornos relacionados con los inhalantes se reconocen por sus respectivos criterios diagnósticos: trastorno por consumo de inhalantes, trastorno neurocognitivo inducido por inhalantes, trastorno psicótico inducido por inhalantes, trastorno depresivo inducido por inhalantes, trastorno de ansiedad inducida por inhalantes y otros trastornos inducidos por inhalantes.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos o infecciosos que alteran la función cerebral y la cognición. Existen otras afecciones médicas y neurológicas que pueden producir cambios de comportamiento o psicológicos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, agresividad, apatía, deterioro del juicio), que también caracterizan la intoxicación por inhalantes.

Otros trastornos inducidos por inhalantes

Los siguientes trastornos inducidos por los inhalantes se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por inhalantes (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno depresivo inducido por inhalantes (Trastornos depresivos), trastorno de ansiedad inducido por inhalantes (Trastornos de ansiedad) y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por inhalantes (Trastornos neurocognitivos). Con respecto al delirium por intoxicación por inhalantes, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por los inhalantes solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación por inhalantes cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

292.9 (F18.99)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los inhalantes que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los inhalantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con los opiáceos

Trastorno por consumo de opiáceos

Intoxicación por opiáceos

Abstinencia de opiáceos

Otros trastornos inducidos por opiáceos

Trastorno relacionado con opiáceos no especificado

<= Ir a la Clasificación

Trastorno por consumo de opiáceos

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
    a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.

    Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
    a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de opiáceos, págs. 547-548).
    b. Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

    Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando algún medicamento agonista con receta, como metadona o buprenorfina, y no cumple ninguno de los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos de esa clase de medicamentos (excepto tolerancia o abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a los individuos en trata-

miento con un agonista parcial, un agonista/antagonista o un antagonista completo, como naltrexona oral o depot.

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los opiáceos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de opiáceos, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de opiáceos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de opiáceos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de opiáceos, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por opiáceos y un trastorno por consumo de opiáceos concomitante, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por opiáceos, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de opiáceos es leve, moderado o grave: F11.14 para un trastorno leve por consumo de opiáceos con un trastorno depresivo inducido por opiáceos, o F11.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos con un trastorno depresivo inducido por opiáceos.

Especificar la gravedad actual:

305.50 (F11.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
304.00 (F11.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
304.00 (F11.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

El especificador "en terapia de mantenimiento" se añade como un especificador más de remisión si la persona está al mismo tiempo en remisión y recibiendo terapia de mantenimiento. "En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Los cambios de gravedad a lo largo del tiempo en un individuo se reflejan también por la reducción de la frecuencia (p. ej., días de consumo al mes) y/o la dosis (p. ej., las inyecciones o número de pastillas) de un opiáceo, evaluadas mediante el autoinforme, la información de las personas allegadas, las observaciones del clínico y las pruebas biológicas.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de opiáceos se caracteriza por signos y síntomas que reflejan la autoadministración prolongada y compulsiva de sustancias opiáceos que no se utilizan para ningún propósito médico legítimo o, si existe otra afección médica que requiere tratamiento con opiáceos, por la utilización de opiáceos en dosis muy superiores a la cantidad necesaria para dicha afección médica (por ejemplo, un individuo al que se le recetaron analgésicos opiáceos para el alivio del dolor y que los utiliza a una dosis superior, y no sólo para aliviar el dolor persistente). Las personas con trastorno por consumo de opiáceos tienden a desarrollar un tipo de patrón regular de uso compulsivo de la droga en el que las actividades diarias giran en torno a la obtención y la administración de opiáceos. Los opiáceos se suelen comprar en el mercado ilegal, pero también se pueden obtener del médico mediante la falsificación o la exageración de problemas médicos generales o mediante la recepción de recetas simultáneas de varios médicos. Los profesionales de la salud con este trastorno suelen obtener los opiáceos prescribiéndose recetas a sí mismos, o desvían los opiáceos de las prescripciones de los pacientes o de los suministros de farmacia. La mayoría de las personas con trastorno por consumo de opiáceos tiene niveles significativos de tolerancia y experimentan abstinencia tras la interrupción brusca de sustancias opiáceos. Además, con frecuencia desarrollan respuestas condicionadas a los estímulos relacionados con las drogas (p. ej., un deseo intenso al ver una sustancia en polvo blanca parecida a la heroína), un fenómeno que ocurre con la mayoría de los medicamentos que causan cambios psicológicos intensos. Estas respuestas probablemente contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten frecuentemente mucho tiempo después de que se complete la desintoxicación.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno por consumo de opiáceos puede estar asociado con un historial de delitos relacionados con las drogas (p. ej., la posesión o la distribución de drogas, la falsificación, el robo, el hurto, la recepción). Entre los profesionales sanitarios y aquellos que tienen fácil acceso a sustancias controladas, a menudo existe un patrón diferente de actividades ilegales que implican problemas con el comité deontológico del hospital, con el colegio profesional o con otras agencias administrativas. Se asocian a menudo con este trastorno dificultades matrimoniales (incluido el divorcio), el desempleo y el empleo irregular en todos los estratos socioeconómicos.

Prevalencia

La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de opiáceos en la población general es de aproximadamente el 0,37 % entre los adultos de más de 18 años. Esto puede ser una subestimación debido a la gran cantidad de presos con este trastorno. Las tasas son más altas en los hombres que en las mujeres (el 0,49 % frente al 0,26 %), con una ratio hombre-mujer de 1,5:1 para los opiáceos distintos de la heroína (es decir, disponibles con receta médica) y de 3:1 para la heroína. Las adolescentes pueden tener una mayor probabilidad de desarrollar este trastorno. La prevalencia disminuye con la edad, situándose el pico más alto entre los adultos de 29 años o más jóvenes (el 0,82 %), y el mínimo entre los adultos de 65 años y mayores (el 0,09 %). Entre los adultos, la prevalencia del trastorno es menor entre los afroamericanos (el 0,18 %) y está representado excesivamente entre los nativos americanos (el 1,25 %). Tienden al consumo medio los blancos (el 0,38 %), los asiáticos o los isleños del Pacífico (el 0,35 %) y los hispanos (el 0,39 %).

En Estados Unidos, la prevalencia total del trastorno a los 12 meses en la población general entre los 12 y los 17 años es de aproximadamente del 1,0 %, pero la prevalencia del trastorno por consumo de heroína es inferior al 0,1 %. Por el contrario, el trastorno por consumo de analgésicos es frecuente (aproximadamente el 1,0 % de las personas en ese mismo espectro de edad), lo que remarca la importancia de los analgésicos opiáceos como grupo de sustancias con importantes consecuencias para la salud.

La prevalencia a los 12 meses del consumo problemático de opiáceos en los países europeos en la población general entre los 15 y los 64 años es de entre el 0,1 y el 0,8%. La prevalencia media de consumo problemático de opiáceos en la Unión Europea y Noruega se encuentra entre el 0,36 y el 0,44 %.

Desarrollo y curso

El trastorno por consumo de opiáceos puede comenzar a cualquier edad, pero los problemas asociados con el uso de opiáceos se observan con mayor frecuencia en la adolescencia tardía o en los primeros años de la veintena. Una vez que se desarrolla el trastorno, por lo general perdura a lo largo de muchos años, a pesar de que son frecuentes los períodos breves de abstinencia. En las poblaciones en tratamiento es frecuente la recaída después de la abstinencia. A pesar de que hay recaídas, y mientras que algunas tasas de mortalidad a largo plazo pueden ser de hasta un 2 % por año, alrededor del 20-30 % de las personas con este trastorno logra la abstinencia a largo plazo. Una excepción es el personal militar que desarrolló dependencia a los opiáceos en Vietnam. Más del 90 % de la población que había sido dependiente de los opiáceos durante el despliegue en Vietnam logró la abstinencia tras su regreso, pero experimentaron un aumento en las tasas de trastorno por consumo de anfetaminas y de alcohol, además de una mayor tendencia al suicidio.

El aumento de la edad se asocia con una disminución en la prevalencia, como resultado de la mortalidad inicial y de la remisión de los síntomas después de los 40 años (es decir, "por maduración"). Sin embargo, muchas personas cumplen con los criterios del trastorno por consumo de opiáceos durante décadas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El riesgo para el trastorno por consumo de opiáceos puede estar relacionado con la persona, la familia, los compañeros, y los factores ambientales y sociales, pero dentro de estos dominios, los factores genéticos desempeñan un papel particularmente importante tanto de forma directa como indirecta. Por ejemplo, la impulsividad y la búsqueda de novedades son los rasgos temperamentales individuales que se relacionan con la tendencia a desarrollar un trastorno por

consumo de sustancias, pero ellos mismos pueden estar determinados genéticamente. Los factores de relación con los compañeros pueden asociarse a una predisposición genética desde el punto de vista de cómo un individuo selecciona su entorno.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

A pesar de las pequeñas variaciones con respecto a los ítems de los criterios individuales, los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de opiáceos funcionan de manera similar en la mayoría de los grupos raciales/étnicos. Los individuos de las poblaciones de minorías étnicas que viven en zonas económicamente desfavorecidas han tenido una incidencia muy elevada del trastorno. Sin embargo, con el tiempo, este trastorno se ha detectado con mayor frecuencia en las personas blancas de clase media, especialmente en las mujeres, lo que sugiere que las diferencias en el consumo reflejan la disponibilidad de los fármacos opiáceos y que en la prevalencia pueden influir otros factores sociales. El personal médico que tiene fácil acceso a los opiáceos puede tener mayor riesgo de sufrir el trastorno por consumo de opiáceos.

Marcadores diagnósticos

Los resultados de las pruebas de toxicología en orina rutinarias para los opiáceos suelen ser positivos en las personas con trastorno por consumo de opiáceos. Los análisis detectan la mayoría de los opiáceos (p. ej., heroína, morfina, codeína, oxicodona, propoxifeno) hasta 12-36 horas después de la administración. El fentanilo no se detecta en los análisis de orina rutinarios, pero se puede identificar durante varios días mediante procedimientos más especializados. La metadona y la buprenorfina (o la combinación de buprenorfina/naloxona), y el LAAM (L-alfa-acetilmetadol) se tienen que analizar específicamente, puesto que las pruebas estándar para los opiáceos no determinan su uso. Estas sustancias se pueden detectar durante varios días o hasta más de una semana. Es frecuente encontrar evidencias de consumo de otras sustancias en las pruebas de laboratorio (p. ej., cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, benzodiazepinas). Los resultados de la prueba para la detección del virus de las hepatitis A, B y C son positivos hasta en el 80-90 % de los consumidores que se inyectan opiáceos, ya sea para el antígeno de la hepatitis (que significa infección activa) o para los anticuerpos de la hepatitis (que significa infección pasada). El VIH es también prevalente en los consumidores de opiáceos inyectables. Asimismo, son comunes los resultados de las pruebas de función hepática ligeramente elevados, ya sea como consecuencia de la determinación de una hepatitis o por una lesión tóxica en el hígado debido a los contaminantes que se han mezclado con el opiáceo inyectado. Se han observado cambios sutiles en los patrones de secreción de cortisol y en la regulación de la temperatura corporal hasta 6 meses después de la desintoxicación de opiáceos.

Riesgo de suicidio

Al igual que el riesgo general observado en todos los trastornos por consumo de sustancias, el trastorno por consumo de opiáceos se asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio y de suicidios consumados. Son particularmente destacables las sobredosis de opiáceos accidentales e intencionadas. Algunos factores de riesgo de suicidio se superponen a los factores de riesgo para el trastorno por consumo de opiáceos. Además, la intoxicación con opiáceos repetida o la abstinencia pueden estar asociadas con depresiones graves que, aunque temporales, pueden ser lo suficientemente intensas como para conllevar intentos de suicidio y suicidios consumados. Los datos disponibles sugieren que la sobredosis de opiáceos accidental no mortal (que son frecuentes) y el intento de suicidio son problemas significativos clínicamente diferentes que no deben confundirse.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de opiáceos

El consumo de opiáceos se asocia con la falta de secreciones de las mucosas, causando sequedad en la boca y la nariz. La desaceleración de la actividad gastrointestinal y la disminución de la motilidad intestinal pueden producir un estreñimiento grave. La agudeza visual puede verse afectada como resultado de la constricción pupilar con la administración aguda. En las personas que se inyectan opiáceos son comunes las venas esclerosadas ("en forma de hilera") y las marcas punzantes en las extremidades superiores. En ocasiones las venas se esclerosan de tal modo que se desarrolla un edema a su alrededor, y los sujetos cambian el lugar de punción a las venas de las piernas, el cuello o las ingles. Cuando no pueden usar estas venas, con frecuencia se inyectan directamente en el tejido subcutáneo (*skin-popping*), provocando celulitis, absce-

sos y, después de la curación de las lesiones de la piel, cicatrices redondeadas. Las infecciones por tétanos y *Clostridium botulinum* por el uso de agujas contaminadas son relativamente raras, pero extremadamente graves. Las infecciones también pueden aparecer en otros órganos, entre ellas la endocarditis bacteriana, la hepatitis y la infección por el VIH. Por ejemplo, las infecciones por hepatitis C pueden aparecer hasta en el 90 % de las personas que se inyectan opiáceos. Además, la prevalencia de la infección por el VIH puede ser alta entre las personas que se inyectan drogas, una gran proporción de las cuales son personas con trastorno por consumo de opiáceos. En algunas áreas de Estados Unidos o de la Federación Rusa, se han observado tasas de infección por el VIH en un 60 % de los usuarios de heroína con un trastorno por consumo de opiáceos. Sin embargo, la incidencia también puede ser un de 10 % o menos en otras áreas, especialmente en aquellas en las que se facilita el acceso para limpiar el material de inyección y demás parafernalia.

La tuberculosis es un problema especialmente grave entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa, sobre todo entre los dependientes a la heroína; la infección suele ser asintomática y sólo se hace evidente al obtener la prueba cutánea de la tuberculina con resultado positivo. Sin embargo, se han encontrado muchos casos de tuberculosis activa, especialmente entre aquellos que están infectados con el VIH. Estos individuos a menudo tienen una infección adquirida recientemente y, además, tienen tendencia a experimentar una reactivación de una infección previa por tener la función inmunológica alterada.

Las personas que aspiran nasalmente (esnifan) heroína u otros opiáceos suelen desarrollar irritación de la mucosa nasal, a veces acompañada de perforación del tabique nasal. Son comunes las dificultades en el funcionamiento sexual. Los hombres a menudo experimentan disfunción eréctil durante la intoxicación o con el uso crónico. Las mujeres suelen tener alteraciones de la función reproductora y menstruaciones irregulares.

En relación a las infecciones, como la celulitis, la hepatitis, la infección por el VIH, la tuberculosis y la endocarditis, el trastorno por consumo de opiáceos se asocia con una tasa de mortalidad de hasta el 1,5-2 % anual. Las causas de muerte más frecuentes son las sobredosis, los accidentes, las lesiones, el sida u otras complicaciones médicas generales. También son comunes los accidentes y las lesiones debidos a la violencia que se asocia con la compra o la venta de drogas. En algunas zonas, la violencia representa más muertes relacionados con los opiáceos que la sobredosis o la infección por el VIH. La dependencia fisiológica a los opiáceos puede aparecer en alrededor de la mitad de los bebés nacidos de mujeres con trastorno por consumo de opiáceos, lo que puede producir un síndrome de abstinencia grave que requiere tratamiento médico. Aunque los niños de madres con este trastorno presentan bajo peso al nacer, por lo general, no es muy marcado y no se asocia a efectos adversos graves.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales inducidos por opiáceos. Los trastornos inducidos por opiáceos se producen con frecuencia en individuos con trastorno por consumo de opiáceos. Los trastornos inducidos por opiáceos se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se asemejan a los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno depresivo persistente [distimia] frente a trastorno depresivo inducido por opiáceos con inicio durante la intoxicación). Los opiáceos tienen menos tendencia a producir síntomas de los trastornos mentales que la mayoría de las otras drogas de abuso. La intoxicación y la abstinencia de opiáceos se diferencian de otros trastornos inducidos por opiáceos (p. ej., el trastorno depresivo inducido por opiáceos, con inicio durante la intoxicación) en que, en estos últimos, los síntomas predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención especializada independiente.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por alcohol y por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede causar un cuadro clínico que se asemeja al de los opiáceos. Por lo general, se puede realizar un diagnóstico de intoxicación por alcohol, o por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos basándose en la ausencia de constricción pupilar o en la falta de respuesta a la prueba de la naloxona. En algunos casos, la intoxicación puede ser debida tanto a los opiáceos como al alcohol u otros sedantes. En estos casos, la prueba de la naloxona no revierte todos los efectos sedantes.

Otros trastornos de abstinencia. La inquietud y la ansiedad asociadas con la abstinencia de opiáceos se asemejan a los síntomas observados en la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Sin embargo, la abstinencia de opiáceos también va acompañada de rinorrea, lagrimeo y dilatación pupilar,

que no se ven en la abstinencia a sedantes. Las pupilas dilatadas también se observan en la intoxicación con alucinógenos y estimulantes. Sin embargo, no están presentes otros signos o síntomas de abstinencia de opiáceos, tales como náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, rinorrea o lagrimeo.

Comorbilidad

Las afecciones médicas más comunes asociadas con el trastorno por consumo de opiáceos son las infecciones víricas (p. ej., el VIH, el virus de la hepatitis C) y las bacterianas, en especial entre los usuarios de opiáceos por vía intravenosa. Estas infecciones son menos comunes en las personas con trastorno por consumo de opiáceos por opioides de prescripción. Este trastorno se asocia a otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente los relacionados con el tabaco, el alcohol, el cannabis, los estimulantes y las benzodiazepinas, que a menudo se toman para reducir los síntomas de abstinencia de opiáceos o el deseo intenso de consumo, o para potenciar los efectos de los opiáceos administrados. Las personas con trastorno por consumo de opiáceos están en riesgo de desarrollar depresión leve o moderada que cumple con los criterios sintomáticos y de duración para el trastorno depresivo persistente (distimia) o, en algunos casos, para el trastorno depresivo mayor. Estos síntomas pueden representar un trastorno depresivo inducido por opiáceos o una exacerbación de un trastorno depresivo principal preexistente. Los períodos de depresión son especialmente frecuentes durante la intoxicación crónica o en asociación con factores estresantes físicos o psicosociales relacionados con el trastorno por consumo de opiáceos. El insomnio es frecuente, especialmente durante la abstinencia. El trastorno de la personalidad antisocial es más frecuente en las personas con trastorno por consumo de opiáceos que en la población general. El trastorno de estrés postraumático también se ve con mayor frecuencia. Los antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o en la adolescencia se han identificado como un factor de riesgo significativo para los trastornos relacionados con sustancias, especialmente para el trastorno por consumo de opiáceos.

Intoxicación por opiáceos

Criterios diagnósticos

A. Consumo reciente de un opiáceo.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retrasos psicomotores, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos.
C. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos:
   1. Somnolencia o coma.
   2. Habla disártrica.
   3. Deterioro de la atención o de la memoria.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede utilizar en las raras ocasiones en las que aparecen alucinaciones con un juicio de la realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de opiáceos y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por opiáceos sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.129**, y si existe un

trastorno concomitante moderado o grave por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.929**.

Para la intoxicación por opiáceos con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de opiáceos, el código CIE-10-MC es **F11.922**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por opiáceos es la presencia de cambios problemáticos de comportamiento o psicológicos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o retraso psicomotor, alteraciones en el juicio) que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos (Criterios A y B). La intoxicación se acompaña de constricción pupilar (a menos que se haya producido una sobredosis grave, que se acompaña de dilatación pupilar y anoxia), y uno o más de los siguientes signos: somnolencia ("cabezadas"), dificultad para hablar y deterioro de la atención o memoria (Criterio C); la somnolencia puede progresar hasta el coma. Las personas con intoxicación por opiáceos pueden demostrar falta de atención al medio ambiente, hasta el punto de ignorar los eventos potencialmente dañinos. Los signos y síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos puede causar un cuadro clínico que se asemeja al de la intoxicación por opiáceos. Puede realizarse un diagnóstico de intoxicación por alcohol o sedantes, hipnóticos y ansiolíticos basándose en la ausencia de constricción pupilar o en la falta de respuesta a la prueba de la naloxona. En ocasiones, la intoxicación se puede deber tanto a los opiáceos como al alcohol u otros sedantes. En estos casos, la prueba de la naloxona no revierte todos los efectos sedantes.

Otros trastornos relacionados con los opiáceos. La intoxicación por opiáceos se distingue de otros trastornos inducidos por opiáceos (p. ej., trastorno depresivo inducido por opiáceos, con inicio durante la intoxicación) en que los síntomas en estos últimos trastornos predominan en el cuadro clínico y cumplen todos los criterios para el trastorno en cuestión.

Abstinencia de opiáceos

Criterios diagnósticos 292.0 (F11.23)

A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:

1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.

B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:

1. Humor disfórico.
2. Náuseas o vómitos.
3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.

6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC de abstinencia de opiáceos es F11.23. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de opiáceos solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de opiáceos. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de opiáceos cuando existe una abstinencia de éstos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de opiáceos es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese (o reducción) del consumo intenso y prolongado de opiáceos (Criterio A1). El síndrome de abstinencia también puede precipitarse mediante la administración de un antagonista opiáceo (p. ej., naloxona o naltrexona) después de un período de uso de opiáceos (Criterio A2). Esto también puede ocurrirle a una persona que esté consumiendo un agonista opiáceo completo si se le administra un agonista parcial opiáceo como la buprenorfina.

La abstinencia de opiáceos se caracteriza por un patrón de signos y síntomas que son opuestos a los efectos agonistas agudos. Los primeros son subjetivos y consisten en quejas de ansiedad, inquietud, y una "sensación de dolor" sobre todo en las piernas y la espalda, junto con irritabilidad y un aumento de la sensibilidad al dolor. Deben estar presentes para hacer un diagnóstico de abstinencia de opiáceos tres o más de los siguientes: estado de ánimo disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o aumento de la sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio (Criterio B). La piloerección y la fiebre están asociadas con una abstinencia más grave y no se ven a menudo en la práctica clínica habitual, porque las personas con este trastorno suelen obtener las sustancias antes de que progresen los síntomas de la abstinencia. Estos síntomas de abstinencia de opiáceos deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). El cumplimiento de criterios diagnósticos de abstinencia de opiáceos no es suficiente para un diagnóstico de trastorno por consumo de opiáceos, pero los síntomas concurrentes, como la conducta de búsqueda de drogas y las ansias de consumo, son sugestivos de comorbilidad con un trastorno por consumo de opiáceos. Los códigos de la CIE-10-MC sólo permiten un diagnóstico de abstinencia de opiáceos si existe la presencia de una comorbilidad moderada o grave con un trastorno por consumo de opiáceos.

La gravedad y la velocidad de la abstinencia asociadas con los opiáceos depende de la vida media del opiáceo utilizado. La mayoría de las personas que dependen fisiológicamente de sustancias de acción corta, como la heroína, empieza a tener síntomas de abstinencia dentro de las 6-12 horas después de la última dosis. Los síntomas pueden comenzar entre 2 y 4 días después del cese en el caso de los medicamentos de acción prolongada, como la metadona, LAAM (L-alfa-acetilmetadol) o la buprenorfina. Los síntomas agudos de abstinencia de un opiáceo de acción corta, como la heroína, normalmente presentan su máximo nivel a los 1-3 días y disminuyen gradualmente en un período de tiempo de 5 a 7 días. Los síntomas de abstinencia menos graves pueden durar semanas o meses. Estos síntomas más crónicos son la ansiedad, la disforia, la anhedonia y el insomnio.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los varones con abstinencia de opiáceos pueden experimentar piloerección, sudoración y eyaculaciones espontáneas mientras están despiertos. La abstinencia de opiáceos es diferente del trastorno por consumo de opiáceos y no aparece necesariamente mientras se presenta la conducta de búsqueda de drogas que se asocia al trastorno por consumo de opiáceos. La abstinencia de opiáceos puede aparecer en cualquier individuo tras el cese del consumo repetido de un opiáceo, ya sea en el ámbito del tratamiento médico del dolor, durante la terapia opioide agonista para el trastorno por consumo de opiáceos, en el contexto de un uso recreativo privado o cuando se lleva a cabo un intento de autotratamiento de los síntomas de los trastornos mentales relacionados con los opiáceos.

Prevalencia

Entre los individuos de diferentes entornos clínicos, la abstinencia de opiáceos apareció en el 60 % de los individuos que había consumido heroína al menos una vez en los 12 meses anteriores.

Desarrollo y curso

La abstinencia de opiáceos es típica durante el curso de un trastorno por consumo de opiáceos. Puede ser parte de un patrón de escalada en el que se utiliza un opiáceo para reducir síntomas de abstinencia que, a su vez, conduce a una abstinencia más intensa en un momento posterior. Son típicos los síntomas de abstinencia y los intentos de aliviar la abstinencia en las personas con un trastorno de consumo de opiáceos establecido.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de abstinencia. La inquietud y la ansiedad asociadas a la abstinencia de opiáceos se asemejan a los síntomas observados en la abstinencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Sin embargo, la abstinencia de opiáceos también se acompaña de rinorrea, lagrimeo y dilatación pupilar, que no se ven en el otro tipo de abstinencia.

Intoxicación por otras sustancias. Las pupilas dilatadas también se observan en la intoxicación por alucinógenos y por estimulantes. Sin embargo, no se presentan otros signos o síntomas de abstinencia de opiáceos, tales como náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, rinorrea y lagrimeo.

Otros trastornos inducidos por opiáceos. La abstinencia de opiáceos se distingue de otros trastornos inducidos por opiáceos (p. ej., el trastorno depresivo inducido por opiáceos, con inicio durante la abstinencia), porque los síntomas en estos últimos trastornos son más intensos a los habitualmente asociados a la abstinencia de opiáceos y cumplen todos los criterios del trastorno pertinente.

Otros trastornos inducidos por opiáceos

Los siguientes trastornos inducidos por opiáceos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno depresivo inducido por opiáceos (Trastornos depresivos), trastorno de ansiedad inducido por opiáceos (Trastornos de ansiedad), trastorno del sueño inducido por opiáceos (Trastornos del sueño-vigilia) y disfunción sexual inducida por opiáceos (Disfunciones sexuales). Con respecto al delirium por intoxicación por opiáceos y al delirium por abstinencia de opiáceos, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por los opiáceos solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por opiáceos cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con opiáceos no especificado

292.9 (F11.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los opiáceos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los opiáceos o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
5. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; desatención de los niños o del hogar).
6. Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
7. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

<= Ir a la Clasificación

8. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos).
9. Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:

    a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico.

    Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

    a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, págs. 557-558).
    b. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

    Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existen un trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos concomitante, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es leve, moderado o grave: F13.14 para un trastorno leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con un trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o F13.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con un trastorno depresivo inducido por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Especificar la gravedad actual:

305.40 (F13.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

304.10 (F13.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.10 (F13.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

Las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas incluyen las benzodiazepinas, los fármacos tipo benzodiazepina (p. ej., zolpidem, zaleplón), los carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), los barbitúricos (p. ej., secobarbital) y los hipnóticos tipo barbitúrico (p. ej., glutetimida, metacualona). Esta clase de sustancias incluye todos los medicamentos prescritos para dormir y casi todos los medicamentos antiansiedad (ansiolíticos). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos (p. ej., buspirona, gepirona), puesto que no se asocian significativamente con abuso.

Como el alcohol, estos agentes son depresores del sistema nervioso central y producen trastornos similares a los que se produce tanto por consumo de sustancias como inducidos por sustancias. Se puede disponer de ellos tanto bajo prescripción médica como en el mercado ilegal. Los sujetos que obtienen estas sustancias por prescripción podrían abusar de ellas y utilizarlas para intoxicarse y no desarrollar el trastorno. Los medicamentos de acción rápida y corta o intermedia pueden ser fácilmente productos de abuso, aunque también se emplean para intoxicarse aquellos de acción prolongada.

El deseo intenso de consumo o *craving* (Criterio A4), ya sea durante el uso o durante un período de abstinencia, es una característica típica del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. El mal uso de las sustancias de esta clase se puede producir por sí mismo o en conjunción con el uso de otras sustancias. Por ejemplo, algunas personas ingieren dosis intoxicantes de sedantes o benzodiazepinas para "relajarse" tras el consumo de cocaína o anfetaminas, o consumen altas dosis de benzodiazepinas en combinación con metadona para potenciar sus efectos.

Las ausencias o el pobre rendimiento laboral, el absentismo escolar, las suspensiones o las expulsiones y la negligencia en el cuidado de los niños o del hogar (Criterio A5) pueden estar relacionados con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, así como con las peleas físicas o las discusiones con el cónyuge acerca de las consecuencias de la intoxicación (Criterio A6). Se observan también en el trastorno la restricción del contacto con la familia o los amigos, la evitación del trabajo o la escuela, el abandono de las aficiones, los deportes o los juegos (Criterio A7) y la conducción de un automóvil o el manejo de una máquina bajo los efectos de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Criterio A8).

Pueden desarrollarse niveles muy significativos de tolerancia y abstinencia a los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Además, se pueden presentar signos de tolerancia y abstinencia en ausencia de un diagnóstico de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en un individuo que ha interrumpido abruptamente el uso de las benzodiazepinas que ha tomado durante largos períodos de tiempo a las dosis terapéuticas y prescritas. En estos casos, sólo se hace el diagnóstico adicional de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos si se cumplen otros criterios. Esto es, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden estar recetados con propósitos médicos apropiados y, en función del régimen de dosis, estos medicamentos pueden producir tolerancia y abstinencia. Si estos

fármacos se prescriben o recomiendan para fines médicos apropiados y se usan según las indicaciones, la tolerancia o la abstinencia resultantes no cumplen con los criterios para el diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias. Sin embargo, es necesario determinar si los medicamentos fueron prescritos y consumidos apropiadamente (p. ej., la falsificación de los síntomas médicos para obtener la medicación, el uso de más medicamento de lo recetado, la obtención de la medicación de varios doctores sin informarles de la participación de los otros).

Dado el carácter unidimensional de los síntomas del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, la gravedad se basa en el número de criterios que se cumplen.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se asocia a menudo con otros trastornos por uso de sustancias (p. ej., alcohol, cannabis, opiáceos, estimulantes). Los sedantes se utilizan a menudo para aliviar los efectos no deseados de otras sustancias. Con el consumo repetido de la sustancia, se desarrolla tolerancia a los efectos sedantes, y se utilizan dosis progresivamente más elevadas. Sin embargo, la tolerancia a los efectos depresores del sistema nervioso se desarrollan mucho más lentamente, y a medida que el individuo toma más sustancia para alcanzar la euforia u otros efectos deseados, se puede producir la aparición repentina de depresión respiratoria e hipotensión que pueden ocasionar la muerte. La intoxicación intensa y repetida con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede estar asociada con una depresión grave que, aunque temporal, puede conllevar tentativas de suicidio y suicidio consumado.

Prevalencia

Las prevalencias a los 12 meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en el DSM-IV se estiman en el 0,3 % entre los 12 y los 17 años de edad y en el 0,2 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas del DSM-IV del trastorno son ligeramente mayores entre los hombres adultos (el 0,3 %) que entre las mujeres adultas, pero en el rango de 12 a 17 años de edad, la tasa de las mujeres (el 0,4 %) supera a la de los hombres (el 0,2 %). La prevalencia a los 12 meses del DSM-IV del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos disminuye en función de la edad y es mayor entre los 18 y los 29 años (el 0,5 %) y más baja entre las personas mayores de 65 años (el 0,04 %).

La prevalencia a los doce meses del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos varía en los subgrupos raciales/étnicos de la población de Estados Unidos. En los adolescentes de 12 a 17 años, las tasas son mayores entre los blancos (el 0,3 %) en relación a los afroamericanos (el 0,2 %), los hispanos (el 0,2 %), los nativos americanos (el 0,1 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,1 %). Entre los adultos, la prevalencia a los 12 meses es mayor entre los nativos americanos y los nativos de Alaska (el 0,8 %), con tasas de aproximadamente el 0,2 % entre los afroamericanos, los blancos y los hispanos, y del 0,1 % entre los asiáticos americanos y los isleños del Pacífico.

Desarrollo y curso

El curso normal del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos suele aparecer en los adolescentes o los veinteañeros que pasan de un consumo ocasional a uno problemático que cumple con los criterios para el diagnóstico. Este patrón puede ser especialmente probable entre las personas que tienen otros trastornos por consumo de sustancias (p. ej., alcohol, opiáceos, estimulantes). Un patrón inicial de uso intermitente social (p. ej., en las fiestas) puede derivar en un consumo diario y con niveles elevados de tolerancia. Una vez que esto ocurre, pueden aparecer niveles crecientes de dificultades interpersonales, así como episodios cada vez más graves de disfunción cognitiva y de abstinencia fisiológica.

Otro curso clínico observado, aunque con menos frecuencia, es el que afecta a un individuo que originalmente obtuvo el medicamento por prescripción de un médico, generalmente para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio o a causa de quejas somáticas. A medida que se desarrolla la tolerancia o una necesidad de dosis más altas de la medicación, se produce un aumento gradual de la dosis y la frecuencia de autoadministración. Es probable que el individuo continúe justificando su uso debido a sus síntomas originales de ansiedad o insomnio, pero el comportamiento de búsqueda de la

sustancia se hace más prominente, y es posible que visite la consulta de varios médicos para obtener un suministro suficiente de la medicación. La tolerancia puede llegar a ser alta y se puede producir abstinencia (incluyendo convulsiones y delirium por abstinencia).

Al igual que otros muchos trastornos por uso de sustancias, el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos generalmente tiene un inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Existe un mayor riesgo de problemas y de consumo indebido de muchas sustancias psicoactivas a medida que crece la persona. En particular, el deterioro cognitivo como efecto secundario es más probable al ir envejeciendo, y a la vez disminuye el metabolismo de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos entre los individuos de mayor edad. Los efectos tóxicos agudos y crónicos de estas sustancias, especialmente aquellos efectos sobre la cognición, la memoria y la coordinación motora, probablemente aumentan con la edad, como consecuencia de los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con la edad. Las personas con trastorno neurocognitivo mayor (demencia) tienen más tendencia a desarrollar la intoxicación y alteración del funcionamiento fisiológico a dosis más bajas.

La intoxicación deliberada para lograr un "colocón" se observa más probablemente en los adolescentes y en los veinteañeros. Los problemas asociados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos también se observan en los individuos de 40 años y mayores de esa edad que han aumentado la dosis de los medicamentos prescritos. En las personas mayores, la intoxicación puede asemejarse a una demencia progresiva.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La impulsividad y la búsqueda de novedades son características de los temperamentos individuales que se relacionan con la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno por uso de sustancias, y ellos mismos pueden estar genéticamente determinados.

Ambientales. Puesto que los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son productos farmacéuticos, un factor de riesgo clave se refiere a la disponibilidad de las sustancias. En Estados Unidos, los patrones históricos de uso indebido de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se asocian a los patrones generales de prescripción. Por ejemplo, una marcada disminución en la prescripción de barbitúricos se asoció con un aumento en la prescripción de benzodiazepinas. Los factores de los compañeros pueden estar relacionados con la predisposición genética que condiciona cómo las personas seleccionan su entorno. Otros individuos con mayor riesgo son aquellos con un trastorno por consumo de alcohol que han podido recibir recetas repetidas en respuesta a sus quejas de ansiedad relacionada con el alcohol o el insomnio.

Genéticos y fisiológicos. En cuanto a otros trastornos por consumo de sustancias, el riesgo de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos puede estar relacionado con variables individuales, familiares, de los compañeros, sociales y medioambientales. Dentro de estos ámbitos, los factores genéticos desempeñan un papel particularmente importante tanto de forma directa como indirecta. En general, durante todo el desarrollo, los factores genéticos parecen jugar un papel muy importante en el inicio del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a medida que la persona evoluciona desde la pubertad hasta la edad adulta.

Modificadores del curso. El inicio temprano del consumo se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Existen marcadas variaciones en los patrones de prescripción (y disponibilidad) de esta clase de sustancias en los distintos países, lo que puede conllevar variaciones en la prevalencia de los trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las mujeres parecen tener un mayor riesgo que los hombres de abusar de los medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos recetados.

Marcadores diagnósticos

Casi todas las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas se pueden identificar a través de pruebas de laboratorio de orina o sangre (en esta última, se pueden cuantificar las cantidades de estos agentes

en el cuerpo). Los análisis de orina suelen resultar positivos durante un máximo de una semana aproximadamente tras el consumo de sustancias de acción prolongada, como el diazepam o el flurazepam.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Las consecuencias interpersonales y sociales del trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos son similares a las del alcohol en cuanto a la posibilidad de un comportamiento desinhibido. Son frecuentes los accidentes, las dificultades interpersonales (tales como discusiones o peleas) y la interferencia en el rendimiento laboral o escolar. Es probable que la exploración física revele indicios de una disminución leve de la mayoría de los aspectos del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, entre los que están un pulso más lento, una leve disminución de la frecuencia respiratoria y una ligera disminución de la presión arterial (más probable con los cambios posturales). En dosis altas, las sustancias sedantes, hipnóticas o ansiolíticas pueden ser letales, especialmente cuando se mezclan con alcohol, aunque la dosis letal varía considerablemente entre las diferentes sustancias específicas. Las sobredosis pueden estar asociadas con un deterioro en los signos vitales. lo que indicaría una urgencia médica inminente (p. ej., un paro respiratorio por barbitúricos). Los accidentes que se producen estando intoxicado pueden tener graves consecuencias por los traumatismos (p. ej., una hemorragia interna o un hematoma subdural). El uso intravenoso de estas sustancias puede ocasionar complicaciones médicas relacionadas con el uso de agujas contaminadas (p. ej., hepatitis y VIH).

La intoxicación es uno de los factores implicados en las lesiones accidentales y en los accidentes de tráfico. Las personas de edad avanzada, aunque consuman estos medicamentos sedantes durante poco tiempo y a las dosis prescritas, presentan un mayor riesgo de problemas cognitivos y de caídas. Los efectos desinhibitorios de estos agentes, como en el caso del alcohol, pueden contribuir a un comportamiento muy agresivo y a sus consiguientes problemas legales e interpersonales. Pueden producirse sobredosis accidentales o deliberadas, similares a las observadas en el trastorno por consumo de alcohol o en la intoxicación repetida por alcohol. En contraste con su amplio margen de seguridad cuando se utilizan solas, si las benzodiazepinas se toman en combinación con el alcohol pueden ser particularmente peligrosas y producir frecuentemente sobredosis accidentales. También se han descrito sobredosis accidentales en los individuos que han abusado deliberadamente de los barbitúricos y de otros sedantes no benzodiazepínicos (p. ej., metacualona), pero debido a que estos agentes están mucho menos disponibles que las benzodiazepinas, la frecuencia de sobredosis es baja en la mayoría de los contextos.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales o problemas médicos. Las personas con trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden presentar síntomas (p. ej., ansiedad) que se asemejen a los de los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada frente al trastorno de ansiedad inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con inicio durante la abstinencia). La dificultad en el habla, la falta de coordinación y otras características asociadas a la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos podrían ser el resultado de otra afección médica (p. ej., esclerosis múltiple) o de un traumatismo craneoencefálico previo (p. ej., un hematoma subdural).

Trastorno por consumo de alcohol. El trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se debe diferenciar del trastorno por consumo de alcohol.

Uso clínico adecuado de los medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los individuos pueden continuar tomando el medicamento benzodiazepínico según la pauta de su médico durante períodos prolongados de tiempo debido a alguna indicación médica legítima. Incluso si se manifiestan los signos fisiológicos de tolerancia o abstinencia, muchas de estas personas no desarrollan los síntomas que cumplen los criterios de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, ya que no se preocupan por la obtención de la sustancia y su uso no interfiere con su desempeño de los roles sociales o profesionales habituales.

Comorbilidad

El uso no médico de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se asocia con el trastorno por consumo de alcohol, el trastorno por consumo de tabaco y, en general, con el uso de drogas ilegales. También

puede haber una superposición entre el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el trastorno de personalidad antisocial, los trastornos bipolares, ansiosos y depresivos, y otros trastornos de consumo de sustancias, como el trastorno por consumo de alcohol y los trastornos por consumo de drogas ilegales. El trastorno de personalidad antisocial y el comportamiento antisocial se asocian especialmente con el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando las sustancias se obtienen de manera ilegal.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios diagnósticos

A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento inapropiado sexual o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
   1. Habla disártrica.
   2. Descoordinación.
   3. Marcha insegura.
   4. Nistagmo.
   5. Trastorno cognitivo (p. ej., atención, memoria).
   6. Estupor o coma.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, el código CIE-10-MC es **F13.929**.

Nota: Para más información acerca de desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, marcadores diagnósticos, consecuencias funcionales de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y comorbilidad, véanse los apartados correspondientes en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., un comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que se desarrollan durante o poco después del uso de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico (Criterios A y B). Al igual que con otros depresores del cerebro, tales como el alcohol, estos comportamientos pueden estar acompañados por disartria, falta de coordinación (en niveles que pueden interferir con la capacidad de conducción y con la realización de actividades habituales causando caídas o accidentes de tráfico), marcha inestable, nistagmo, deterioro cognitivo (p. ej., problemas de atención o de memoria), y estupor o coma (Criterio C). El deterioro de la memoria es una característica destacada de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y se caracteriza por una amnesia anterógrada que se asemeja a las lagunas alcohólicas, que pueden ser molestas para la persona. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor

por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación puede aparecer en personas que están recibiendo estas sustancias por prescripción, que están pidiendo prestado el medicamento a amigos o familiares o que están tomando deliberadamente la sustancia para conseguir la intoxicación.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características asociadas incluyen tomar más medicamento de lo recetado, ingerir varios medicamentos diferentes o mezclar los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos con el alcohol, que puede aumentar notablemente los efectos de estos agentes.

Prevalencia

La prevalencia de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en la población general no está clara. Sin embargo, es probable que la mayoría de los usuarios no médicos de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos presente en algún momento signos o síntomas que cumplan los criterios para la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. En este caso, la prevalencia del consumo no médico de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en la población general podría ser similar a la prevalencia de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Por ejemplo, los tranquilizantes se utilizan con fines no médicos en un 2,2 % de los estadounidenses mayores de 12 años.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por consumo de alcohol. Dado que las manifestaciones clínicas pueden ser idénticas, distinguir la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos del trastorno por consumo de alcohol requiere la evidencia de ingestión reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos mediante el autoinforme, la información de los allegados o las pruebas toxicológicas. Muchas personas que hacen mal uso de los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos pueden también abusar del alcohol y de otras sustancias, por lo que son posibles múltiples diagnósticos de intoxicación.

Intoxicación por alcohol. La intoxicación por alcohol se puede distinguir de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos por el olor a alcohol en el aliento. De lo contrario, las características de los dos trastornos son similares.

Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se distingue de los otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con inicio durante la abstinencia) porque los síntomas en estos últimos trastornos predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer atención clínica.

Trastornos neurocognitivos. En el contexto de deterioro cognitivo, de lesión cerebral traumática y de delirium por otras causas, las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas pueden producir una intoxicación a dosis muy bajas. El diagnóstico diferencial en estas situaciones más complejas se basa en el síndrome predominante. Puede ser apropiado realizar un diagnóstico adicional de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, incluso cuando la sustancia se ha ingerido a dosis bajas en presencia de estas afecciones coexistentes (o similares).

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Criterios diagnósticos

A. Cese (o reducción) de un consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha sido prolongado.
B. Aparecen dos (o más) de los hechos siguientes al cabo de unas horas o a los pocos días de cesar (o reducir) el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos descrito en el Criterio A:
   1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej,. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
   2. Temblores de las manos.

3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede usar cuando hay alucinaciones con juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de un delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.0**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos depende de si existe o no un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y de si aparecen o no alteraciones de la percepción. El código CIE-10-MC para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sin trastornos en la percepción es **F13.239**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastornos en la percepción es **F13.232**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave de su consumo. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando existe una abstinencia de éstos.

Nota: Para más información acerca del desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, consecuencias funcionales de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y comorbilidad, véanse los apartados correspondientes en Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos es la presencia de un síndrome característico que se desarrolla después de una marcada disminución o del cese de la ingesta después de varias semanas o más de uso regular (Criterios A y B). Este síndrome de abstinencia se caracteriza por dos o más síntomas (similares a los de la abstinencia de alcohol) entre los que están la hiperactividad autonómica (p. ej., el aumento de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial o la temperatura corporal, junto a sudoración), el temblor de manos, el insomnio, las náuseas, a veces acompañadas de vómitos y ansiedad, y la agitación psicomotora. Las crisis epilépticas de gran mal suceden en un 20-30 % de los individuos que está bajo los efectos de la abstinencia sin tratamiento. En las abstinencias graves pueden presentarse alucinaciones o ilusiones táctiles, auditivas y visuales, pero ocurren generalmente en el contexto de un delirium. Si el juicio de realidad del individuo está intacto (es decir, la persona sabe que la sustancia está causando las alucinaciones) y las ilusiones se producen en el contexto de una conciencia lúcida, debe anotarse el especificador "con alteraciones perceptivas". Cuando las alucinaciones se producen en ausencia de un juicio de realidad intacto, debe considerarse el diagnóstico trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explicarían mejor por otro trastorno mental (p. ej., la abstinencia de alcohol o el trastorno de ansiedad generalizada) (Criterio D). El alivio de los síntomas de abstinencia con la administración de cualquier agente sedante-hipnótico-ansiolítico apoyaría el diagnóstico de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El momento y la gravedad del síndrome de abstinencia serán diferentes dependiendo de la sustancia específica, y de su farmacocinética y farmacodinámica. Por ejemplo, la abstinencia de sustancias de acción más corta, que se absorben rápidamente y que no tienen metabolitos activos (p. ej., triazolam), puede empezar horas después de cesar el consumo de la sustancia; la abstinencia de sustancias con metabolitos de acción prolongada (p. ej., diazepam) puede no comenzar hasta después de 1-2 días o más. El síndrome de abstinencia producido por las sustancias de esta clase se caracteriza por el desarrollo de un delirium potencialmente mortal. Puede haber evidencia de tolerancia y abstinencia, en ausencia de un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en un individuo que ha interrumpido abruptamente las benzodiazepinas que se ha tomado durante largos períodos de tiempo a dosis terapéuticas y prescritas. Sin embargo, los códigos de la CIE-10-MC sólo permiten un diagnóstico de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en presencia de una comorbilidad moderada o grave con un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

El curso evolutivo del síndrome de abstinencia se predice en general por la vida media de la sustancia. Los medicamentos cuya acción suele durar alrededor de 10 horas o menos (p. ej., lorazepam, oxazepam, temazepam) producen síntomas de abstinencia a las 6-8 horas de descender los niveles en sangre, con un pico de intensidad que se sitúa en el segundo día y una mejoría notable al cuarto o quinto días. Para las sustancias con una vida media más larga (p. ej., diazepam), los síntomas pueden no presentarse hasta más de una semana después de la interrupción, con un pico de intensidad en la segunda semana y una reducción notable durante la tercera o cuarta semanas. Pueden aparecer síntomas adicionales a más largo plazo que persistan durante varios meses, pero con menor intensidad.

Cuanto más tiempo se haya tomado la sustancia y mayores hayan sido las dosis utilizadas, más probable es que se desarrolle un síndrome de abstinencia grave. Sin embargo, se ha descrito sintomatología con dosis tan bajas como 15 mg de diazepam (o su equivalente en otras benzodiazepinas) cuando se toman diariamente durante varios meses. Las dosis de aproximadamente 40 mg de diazepam (o su equivalente) al día tienen más probabilidades de producir síntomas de abstinencia clínicamente relevantes, y dosis aún más altas (p. ej., 100 mg de diazepam) pueden producir, con mayor probabilidad, convulsiones por abstinencia o delirium. La abstinencia se caracteriza por alteraciones en la conciencia y la cognición, y por alucinaciones visuales, táctiles o auditivas. Cuando se desarrolla un delirium por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, debe realizarse este diagnóstico en lugar del de abstinencia.

Prevalencia

La prevalencia de la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no está clara.

Marcadores diagnósticos

Las convulsiones y la inestabilidad autonómica en el contexto de una historia de exposición prolongada a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos sugieren una alta probabilidad de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos médicos. Los síntomas de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos pueden ser similares a otras afecciones médicas (p. ej., hipoglucemia, cetoacidosis diabética). Si en la abstinencia aparecen crisis comiciales, el diagnóstico diferencial debe descartar todas las diversas causas de convulsiones (p. ej., infecciones, daño cerebral, envenenamientos).

Temblor esencial. El temblor esencial, un trastorno que se da con frecuencia en los miembros de la misma familia, puede sugerir erróneamente el temblor asociado con la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Abstinencia de alcohol. La abstinencia de alcohol produce un síndrome muy similar a la de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La abstinencia a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se distingue de los otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con inicio durante la abstinencia) porque en estos últimos trastornos los síntomas predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer atención clínica.

Trastornos de ansiedad. La recurrencia o el empeoramiento de un trastorno subyacente de ansiedad produce un síndrome similar a la abstinencia por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La abstinencia se sospecha si existe una reducción brusca en la dosis de la medicación sedante, hipnótica o ansiolítica. Cuando está en curso una forma del trastorno, es difícil discernir entre el síndrome de abstinencia y la ansiedad del trastorno subyacente. Al igual que con el alcohol, los síntomas de abstinencia persistentes (p. ej., ansiedad, irritabilidad y dificultad para dormir) se pueden confundir con los trastornos de ansiedad no inducidos por sustancias/medicamentos (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada) o trastornos depresivos.

Otros trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los siguientes trastornos inducidos por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Trastorno bipolar y trastornos relacionados), trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Trastornos depresivos), trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Trastornos de ansiedad), trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Trastornos del sueño-vigilia), disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Disfunciones sexuales) y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (Trastornos neurocognitivos). Con respecto al delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y al delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

292.9 (F13.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con los estimulantes

Trastorno por consumo de estimulantes
Intoxicación por estimulantes
Abstinencia de estimulantes
Otros trastornos inducidos por estimulantes
Trastorno relacionado con estimulantes no especificado

Trastorno por consumo de estimulantes

Criterios diagnósticos

A. Patrón de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

    a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

    Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

    a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de estimulantes, pág. 569).
    b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

<= Ir a la Clasificación

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno por déficit de atención/hiperactividad o narcolepsia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los estimulantes.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de anfetamina, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellas, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de anfetamina. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de anfetamina viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellas (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de anfetamina, o de un trastorno mental específico inducido por ellas). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes y un trastorno concomitante por consumo de dichas sustancias, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes es leve, moderado o grave: F15.14 para un trastorno leve por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes con un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes, o F15.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes con un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes. Igualmente, si existe un trastorno depresivo inducido por la cocaína y un trastorno por consumo de cocaína concomitantes, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por la cocaína cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cocaína es leve, moderado o grave: F14.14 para un trastorno leve por consumo de cocaína con un trastorno depresivo inducido por la cocaína o F14.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de cocaína con un trastorno depresivo inducido por la cocaína.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

305.70 (F15.10) Sustancia anfetamínica
305.60 (F14.10) Cocaína
305.70 (F15.10) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica
304.20 (F14.20) Cocaína
304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica
304.20 (F14.20) Cocaína
304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

Las anfetaminas y los estimulantes de tipo anfetamínico son sustancias con una estructura feniletilamina sustituida, tales como la anfetamina, la dextroanfetamina y la metanfetamina. También se incluyen aquellas sustancias que son estructuralmente diferentes, pero que tienen efectos similares, como el metilfenidato. Estas sustancias generalmente se toman por vía oral o por vía intravenosa, aunque la metanfetamina también se toma por vía nasal. No son de origen natural, además de los compuestos de tipo anfetamina sintéticos, los estimulantes derivados de plantas tales como el *khât*. Las anfetaminas y otros estimulantes pueden obtenerse por prescripción para el tratamiento de la obesidad, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la narcolepsia. En consecuencia, los estimulantes recetados se pueden desviar al mercado ilegal. Los efectos de las anfetaminas y de las drogas similares a las anfetaminas son parecidos a los de la cocaína, de tal manera que estarían presentes los criterios para el trastorno por consumo de estimulantes como un trastorno único en el que se debería especificar el estimulante en particular utilizado por el individuo. La cocaína se puede consumir en diferentes preparaciones (p. ej., hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína, y alcaloides de la cocaína, como base libre y crack) que difieren en cuanto a su potencia debido a los diversos niveles de pureza y velocidad de inicio. Sin embargo, en todas las formas de la sustancia, la cocaína es el ingrediente activo. El clorhidrato, la forma más común del polvo de cocaína, se esnifa a través de las fosas nasales o se disuelve en agua y se inyecta por vía intravenosa.

Las personas expuestas a los estimulantes de tipo anfetamínico o a la cocaína pueden desarrollar un trastorno por consumo de estimulantes en una semana, aunque el inicio no siempre es tan rápido. Sin tener en cuenta la vía de administración, la tolerancia se produce con el uso repetido. Pueden presentarse síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnia, aumento del apetito y disforia, los cuales intensifican el deseo de la sustancia o *craving*. La mayoría de las personas con trastorno por consumo de estimulantes ha experimentado tolerancia o abstinencia.

Los patrones de consumo y el curso son similares para los trastornos relacionados con estimulantes de tipo anfetamínico y con cocaína, ya que ambas sustancias son potentes estimulantes del sistema nervioso central con efectos simpaticomiméticos y psicoactivos similares. Los estimulantes de tipo anfetamínico actúan de manera más prolongada que la cocaína y, por lo tanto, se consumen menos veces al día. Su uso puede ser crónico o episódico, con atracones interrumpidos por períodos breves de cese del consumo. Es frecuente el comportamiento agresivo o violento cuando se fuman, se ingieren o se inyectan dosis altas. El consumo de dosis altas hace más probable la aparición de ansiedad temporal intensa, parecida a la del trastorno de pánico o del trastorno de ansiedad generalizada, así como ideación paranoide y episodios psicóticos parecidos a la esquizofrenia.

Los estados de abstinencia se asocian con síntomas depresivos temporales pero intensos que pueden parecerse a un episodio depresivo mayor; los síntomas depresivos generalmente se resuelven en una semana. En general, se desarrolla tolerancia a los estimulantes de tipo anfetamínico que conduce a una escalada de la dosis. De todas maneras, algunos consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico muestran una sensibilización, que se caracteriza por la intensificación de los efectos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Cuando se inyectan o se fuman los estimulantes, producen una sensación inmediata de bienestar, confianza y euforia. En el trastorno por consumo de estimulantes pueden desarrollarse rápidamente marcados cambios de comportamiento. De este modo, el comportamiento caótico, el aislamiento social, el comportamiento agresivo y la disfunción sexual pueden ser el resultado del trastorno por consumo de estimulantes de larga duración.

Las personas con intoxicación aguda pueden presentar habla incoherente, dolor de cabeza, ideas transitorias autorreferenciales y tinnitus. Puede producirse ideación paranoide, alucinaciones auditivas con conciencia lúcida y alucinaciones táctiles, que el individuo por lo general reconoce como efectos de las drogas. También suelen ser frecuentes las amenazas o la conducta agresiva. La depresión, la ideación suicida, la irritabilidad, la anhedonia, la labilidad emocional, o las alteraciones en la concentración y la atención suelen ser características de la abstinencia. Los trastornos mentales asociados al consumo de cocaína se resuelven habitualmente en horas o días después del cese de su uso, pero pueden persistir durante un mes. Los cambios fisiológicos durante la abstinencia de estimulantes son opuestos a los de la fase de la intoxicación, incluyendo a veces la bradicardia. Los síntomas depresivos temporales pueden cumplir con los criterios de duración y sintomáticos para el episodio depresivo mayor. Son habituales los episodios compatibles con ataques de pánico repetidos, comportamiento similar al del trastorno de ansiedad social (fobia social) y síndromes del tipo ansiedad generalizada, al igual que los trastornos de la conducta alimentaria. Un ejemplo extremo de toxicidad estimulante es el trastorno psicótico inducido por estimulantes, un trastorno similar a la esquizofrenia, con delirios y alucinaciones.

Las personas con trastorno por consumo de estimulantes desarrollan a menudo respuestas condicionadas a estímulos relacionados con las drogas (p. ej., deseo irrefrenable de consumo al ver cualquier sustancia en forma de polvo blanco). Estas respuestas contribuyen a la recaída, son difíciles de extinguir y persisten después de la desintoxicación.

Pueden desarrollarse síntomas depresivos con ideación o conducta suicida que, por lo general, suponen los síntomas más graves observados durante la abstinencia de estimulantes.

Prevalencia

Trastorno por consumo de estimulantes: estimulantes de tipo anfetamínico. La estimación de la prevalencia a los 12 meses de estimulantes de tipo anfetamínico del trastorno por consumo de estimulantes en los Estados Unidos es del 0,2 % entre los 12 y los 17 años y del 0,2 % entre las personas mayores de 18 años. Las tasas son similares entre los varones y las mujeres adultos (el 0,2 %), pero entre los 12 y los 17 años, la prevalencia en las mujeres (el 0,3 %) es mayor que en la de los hombres (el 0,1 %). El consumo de estimulantes por vía intravenosa tiene una razón hombre-mujer de 3:1 o 4:1, pero las proporciones están más equilibradas entre los usuarios que no se inyectan, puesto que los varones representan el 54 % de las admisiones a tratamiento primario. La prevalencia a los 12 meses es mayor entre los jóvenes de 18 a 29 años (el 0,4 %) en comparación con los adultos de 45 a 64 años (el 0,1 %). En el rango de edad de 12 a 17 años, las tasas son más altas entre los blancos y los afroamericanos (el 0,3 %) en comparación con los hispanos (el 0,1 %) y los asiático americanos y de las islas del Pacífico (el 0,01 %), con trastorno por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico prácticamente ausente entre los nativos americanos. Entre los adultos, las tasas son más elevadas entre los nativos americanos y de Alaska (el 0,6 %) en comparación con los blancos (el 0,2 %) y los hispanos (el 0,2 %), con trastorno por consumo de estimulantes tipo anfetamínico prácticamente ausente entre los afroamericanos y los asiáticos americanos y de las islas del Pacífico. Durante el año anterior se produjo un consumo de estimulantes de prescripción no recetados entre el 5 y el 9 % de los niños y los adolescentes de secundaria, con un 5-35 % de las personas en edad universitaria que afirmaba haberlas consumido en el año anterior.

Trastorno por consumo de estimulantes: cocaína. La estimación de la prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de cocaína en Estados Unidos es del 0,2 % entre los adolescentes de 12 a 17 años y del 0,3 % entre las personas mayores de 18. Las tasas son más altas entre los hombres (el 0,4 %) que entre las mujeres (el 0,1 %). La prevalencia es mayor entre los 18 y los 29 años (el 0,6 %) y menor entre los 45 y los 64 años (el 0,1 %). En los adultos, las cifras son mayores entre los indígenas estadounidenses (el 0,8 %) en comparación con los afroamericanos (el 0,4 %), los hispanos (el 0,3 %), los blancos (el 0,2 %), y los asiático americanos y de las islas del Pacífico (el 0,1 %). En contraste, en el rango de edad entre los 12 y 17 años, las tasas son similares entre los hispanos (0,2 %), los blancos (el 0,2 %), y los asiático americanos y de las islas del Pacífico (el 0,2 %), y menor entre los afroamericanos (el 0,02 %), con trastorno prácticamente ausente entre los nativos americanos y de Alaska.

Desarrollo y curso

Los trastornos por consumo de estimulantes se producen en todos los estratos de la sociedad y son más comunes entre los individuos de 12 a 25 años en comparación con los mayores de 26 años. El

consumo regular de los individuos en tratamiento se produce alrededor de los 23 años. Las admisiones para tratamiento principal de metanfetamina suelen situarse, de media, en los 31 años.

Algunas personas comienzan a usar estimulantes para controlar el peso o para mejorar el rendimiento en la escuela, el trabajo o los deportes. Esto incluye la obtención de medicamentos, tales como el metilfenidato o las anfetaminas, que se suelen prescribir para el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno por consumo de estimulantes puede desarrollarse rápidamente con la administración intravenosa o fumada; entre las personas admitidas a tratamiento por el uso estimulantes de tipo anfetamínico como principal droga problema, el 66 % afirmaba que la consumía fumada, el 18 % inyectada y el 10 % esnifada.

Los patrones de administración de estimulantes pueden ser episódicos o diarios (o casi a diario). En el consumo episódico los días de consumo tienden a estar separados por 2 o más días sin uso (p. ej., el consumo intenso durante el fin de semana o en uno o más días de la semana). Los "atracones" implican el consumo de altas dosis de forma continuada durante horas o días y se asocian a menudo con la dependencia física. Los atracones suelen terminar sólo cuando los suministros de estimulantes se agotan o sobreviene el agotamiento. El uso diario crónico puede implicar dosis altas o bajas, y frecuentemente un aumento gradual de la dosis.

El estimulante consumido por vía fumada o intravenosa se asocia con una progresión rápida al trastorno por consumo de estimulantes de alta gravedad, de desarrollo en cuestión de semanas o meses. El uso intranasal de cocaína y oral de estimulantes de tipo anfetamínico produce un patrón de progresión más gradual que ocurre durante meses o años. Con el consumo continuo, hay una disminución de los efectos placenteros debida a la tolerancia y a un aumento de los efectos disfóricos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. La comorbilidad con el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno antisocial de la personalidad y otros trastornos por consumo de sustancias son factores de riesgo para desarrollar el trastorno por consumo de estimulantes y precipitar recaídas del consumo de cocaína en las muestras clínicas. Además, la impulsividad y los rasgos de personalidad similares pueden afectar a los resultados del tratamiento. El trastorno de personalidad antisocial en los adultos y el trastorno de conducta infantil están asociados con el desarrollo posterior de los trastornos relacionados con los estimulantes.

Ambientales. Los predictores del uso de cocaína entre los adolescentes son la exposición prenatal a la cocaína, el consumo de cocaína posnatal de los padres y la exposición a la violencia en el entorno durante la infancia. Para los jóvenes, especialmente las mujeres, los factores de riesgo son vivir en un entorno familiar inestable, padecer un trastorno psiquiátrico y relacionarse con distribuidores (camellos) y consumidores.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los trastornos por consumo de estimulantes afectan a todos los grupos raciales/étnicos, estratos socioeconómicos, edades y sexos. Algunas particularidades sobre el diagnóstico pueden estar relacionadas con las consecuencias sociales (p. ej., detención, expulsión de la escuela, suspensión de empleo). A pesar de estas pequeñas variaciones, los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de cocaína y otros estimulantes se realizan por igual entre los géneros y grupos raciales/étnicos.

El uso crónico de la cocaína deteriora la función ventricular izquierda cardíaca en los afroamericanos. Aproximadamente el 66 % de los individuos ingresados por trastornos primarios relacionados con la metanfetamina y las sustancias similares son blancos no hispanos, seguidos por un 21 % de origen hispano, un 3 % de Asia y de las islas del Pacífico, y un 3 % de negros no hispanos.

Marcadores diagnósticos

La benzoilecgonina, un metabolito de la cocaína, por lo general permanece en la orina durante 1-3 días después de una sola dosis y puede estar presente durante 7-12 días en las personas que utilizan altas dosis de manera repetida. Pueden aparecer pruebas de función hepática ligeramente elevadas en las personas que se inyectan cocaína o en los usuarios con un consumo concomitante de alcohol. No existen marcadores neurobiológicos con utilidad diagnóstica. La interrupción del uso crónico de cocaína puede estar asociada con cambios electroencefalográficos, lo que sugiere anormalidades persistentes, con alteraciones en los patrones de secreción de prolactina y con una desregulación de los receptores de la dopamina.

Los estimulantes de tipo anfetamínico de vida corta (MDMA [3,4-metilendioxi-*N*-metil-anfetamina], metanfetamina) se pueden detectar durante 1-3 días y posiblemente hasta 4 días dependiendo de la

dosis y del metabolismo. Las muestras de pelo se pueden utilizar para detectar la presencia de estimulantes de tipo anfetamínico durante un máximo de 90 días. Son similares otros resultados de laboratorio tanto para el trastorno por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico como de cocaína, así como ciertos hallazgos físicos y afecciones médicas (p. ej., pérdida de peso, desnutrición, falta de higiene).

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de estimulantes

Se pueden desarrollar varias afecciones médicas dependiendo de la vía de administración. Los usuarios por vía intranasal a menudo padecen sinusitis, irritación, sangrado de la mucosa nasal y perforación del tabique nasal. Las personas que fuman las drogas tienen mayor riesgo de sufrir problemas respiratorios (p. ej., tos, bronquitis y neumonitis). Aquellos que se inyectan presentan marcas de los pinchazos e "hileras", sobre todo en sus antebrazos. El riesgo de infección por el VIH aumenta con las inyecciones intravenosas frecuentes y con las relaciones sexuales sin protección. También se observan otras afecciones de transmisión sexual, hepatitis, tuberculosis y otras infecciones pulmonares. Son frecuentes la pérdida de peso y la desnutrición.

El dolor en el pecho es un síntoma común durante la intoxicación por estimulantes. El infarto de miocardio, las palpitaciones, las arritmias, la muerte súbita por paro respiratorio o cardíaco y el accidente cerebrovascular se han asociado con el consumo de estimulantes entre los jóvenes que no padecen otras afecciones. Pueden aparecer convulsiones con el uso de estimulantes. Se puede producir un neumotórax cuando se realizan maniobras de Valsalva para absorber mejor el humo inhalado. Las lesiones traumáticas debidas a una conducta violenta son comunes entre las personas que trafican con drogas. Asimismo, se asocia con irregularidades en el flujo sanguíneo placentario, placenta abrupta, trabajo de parto y nacimientos prematuros, y con un aumento de la prevalencia de recién nacidos con peso al nacer muy bajo.

Las personas con trastorno por consumo de estimulantes pueden involucrarse en robos, prostitución o tráfico de drogas con el fin de adquirir las drogas o el dinero para consumir.

El deterioro neurocognitivo es común entre los usuarios de metanfetamina. Los problemas de salud oral incluyen "boca de metanfetamina", con afección de las encías, caries y llagas en la boca relacionadas con los efectos tóxicos de fumar la droga, y el bruxismo en el estado de intoxicación. Los efectos pulmonares adversos parecen ser menos frecuentes con los estimulantes de tipo anfetamínico, ya que se fuman menos veces por día. Son frecuentes las visitas a los servicios de urgencia debidas a los síntomas de los trastornos mentales relacionados con los estimulantes, a las lesiones, a las infecciones de la piel y a la patología dental.

Diagnóstico diferencial

Trastornos mentales primarios. Los trastornos inducidos por estimulantes pueden parecerse a los trastornos mentales primarios (p. ej., el trastorno depresivo mayor) (para la discusión de este diagnóstico diferencial, consulte Abstinencia de estimulantes). Los trastornos mentales que son el resultado de los efectos de los estimulantes se deben distinguir de los síntomas de la esquizofrenia, los trastornos bipolares y depresivos, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico.

Intoxicación por fenciclidina. La intoxicación con fenciclidina (PCP o polvo de ángel) o drogas de diseño sintéticas como la mefedrona (conocida por diferentes nombres, entre otros sales de baño) pueden provocar un cuadro clínico similar y sólo se puede distinguir de la intoxicación por el estimulante mediante la presencia de cocaína o metabolitos de sustancias de tipo anfetamínico en una muestra de orina o plasma.

Intoxicación y abstinencia de estimulantes. La intoxicación y abstinencia de estimulantes se distinguen de otros trastornos inducidos por estimulantes (p. ej., el trastorno de ansiedad, con inicio durante la intoxicación) ya que en estos últimos trastornos predominan los síntomas de la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Comorbilidad

Los trastornos relacionados con estimulantes a menudo se asocian con otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente las relacionadas con sustancias con propiedades sedantes, que suelen

tomarse para reducir el insomnio, el nerviosismo y otros efectos secundarios desagradables. Los usuarios de cocaína suelen ingerir alcohol, mientras que los usuarios de estimulantes de tipo anfetamínico a menudo toman cannabis. El trastorno por consumo de estimulantes puede estar asociado con el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de la personalidad antisocial, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y el juego patológico. A menudo hay problemas cardiopulmonares en las personas que buscan tratamiento por problemas relacionados con la cocaína y la queja más frecuente es el dolor en el pecho. Los problemas médicos se producen a causa de los adulterantes usados como agentes de "corte". Los usuarios que ingieren cocaína cortada con levamisol, un medicamento de uso veterinario y antimicrobiano, pueden experimentar agranulocitosis y neutropenia febril.

Intoxicación por estimulantes

Criterios diagnósticos

A. Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia, comportamientos estereotipados, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante.
C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de un estimulante:
   1. Taquicardia o bradicardia.
   2. Dilatación pupilar.
   3. Tensión arterial elevada o reducida.
   4. Sudoración o escalofríos.
   5. Náuseas o vómitos.
   6. Pérdida de peso.
   7. Agitación o retraso psicomotores.
   8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas.
   9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar **la sustancia específica** (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se puede usar cuando hay alucinaciones con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, cocaína u otro estimulante, de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de anfetamina, cocaína u otro estimulante y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.929**. Igualmente, si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.129**, y si existe un trastorno concomitante de consumo moderado o grave de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.929**.

Para la intoxicación por anfetamina, cocaína u otro estimulante, con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de anfetamina u otros estimulantes, el código CIE-10-MC es **F15.922**. Igualmente, si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.122**, y si existe un trastorno concomitante de consumo moderado o grave de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cocaína, el código CIE-10-MC es **F14.922**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por estimulantes de tipo anfetamínico y la cocaína es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos clínicamente significativos que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de estimulantes (Criterios A y B). Las alucinaciones auditivas pueden ser sobresalientes, así como la ideación paranoide, y estos síntomas se deben diferenciar de los de un trastorno psicótico independiente, como la esquizofrenia. La intoxicación por estimulantes generalmente comienza con una sensación de "colocón" e implica uno o más de los siguientes síntomas: euforia con potenciación del vigor, gregarismo, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, locuacidad, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamiento repetitivo y estereotipado, ira y problemas de juicio, y en el caso de la intoxicación crónica, afecto embotado con fatiga o tristeza y retraimiento social. Estos cambios psicológicos y comportamentales se acompañan de dos o más de los siguientes signos y síntomas que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de estimulantes: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, presión arterial elevada o baja, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso evidente, agitación o retraso psicomotor, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, y confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma (Criterio C). La intoxicación, ya sea aguda o crónica, se asocia a menudo con un deterioro del funcionamiento social u ocupacional. La intoxicación grave puede llevar a convulsiones, arritmias cardíacas, hipertermia y la muerte. Para realizar el diagnóstico de intoxicación por estimulantes, los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica ni deben explicarse mejor por otro trastorno mental (Criterio D). Si bien la intoxicación por estimulantes se produce en las personas con un trastorno por consumo de estimulantes, la intoxicación *per se* no es un criterio de este trastorno, sino que éste se confirmaría por la presencia de dos de los 11 criterios diagnósticos del trastorno por consumo de estimulantes.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La dirección y la magnitud de los cambios fisiológicos y del comportamiento dependen de muchas variables, entre las que están la dosis utilizada y las características de la persona consumidora o del contexto (p. ej., tolerancia, tasa de absorción, cronicidad de uso, contexto en el que se toma). Los efectos estimulantes más frecuentes son la euforia, el incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, y el incremento de la actividad psicomotora. Los efectos depresores tales como la tristeza, la bradicardia, la disminución de la presión arterial y la disminución de la actividad psicomotora son menos frecuentes y generalmente sólo aparecen con un uso crónico a dosis altas.

Diagnóstico diferencial

Trastornos inducidos por estimulantes. La intoxicación por estimulantes se distingue de la de otros trastornos inducidos por estimulantes (p. ej., trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno psicótico o trastorno de ansiedad, todos ellos inducidos por estimulantes) en que la gravedad de los síntomas de intoxicación excede a la asociada con los trastornos inducidos por estimulantes y además cuando los síntomas merecen una atención clínica independiente. El delirium por intoxicación de estimulantes se diferencia por una alteración en el nivel de conciencia y un cambio en la cognición.

Otros trastornos mentales. Los trastornos mentales más destacados, que están asociados con la intoxicación por estimulantes, se deberían diferenciar de los síntomas de la esquizofrenia tipo paranoide, de los trastornos depresivos y bipolares, y del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno de pánico, tal y como se describen en el DSM-5.

Abstinencia de estimulantes

Criterios diagnósticos

A. Cese (o reducción) de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
B. Humor disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen en el plazo de unas horas o varios días tras el Criterio A:
   1. Fatiga.
   2. Sueños vívidos y desagradables.
   3. Insomnio o hipersomnia.
   4. Aumento del apetito.
   5. Retraso psicomotor o agitación.
C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar **la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia** (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.0.** El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, la cocaína u otro. El código CIE-10-MC para la abstinencia de anfetamina u otros estimulantes es **F15.23**, y el código CIE-10-MC para la abstinencia de cocaína es **F14.23**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de anfetamina, cocaína u otros estimulantes, lo que refleja el hecho de que la abstinencia solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de anfetamina, cocaína u otros estimulantes. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de anfetamina, cocaína u otros estimulantes cuando existe una abstinencia de éstos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de estimulantes es la presencia de un síndrome de abstinencia particular que se desarrolla a las pocas horas a varios días después del cese (o la reducción considerable) de un uso de estimulantes (generalmente en dosis elevadas) que ha sido prolongado (Criterio A). El síndrome de abstinencia se caracteriza por el desarrollo de un ánimo disfórico acompañado de dos o más de los siguientes cambios fisiológicos: fatiga, sueños vívidos desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso psicomotor o agitación (Criterio B). A menudo existe bradicardia y es una medida fiable de la abstinencia de estimulantes.

A menudo se pueden desarrollar ansia de consumo (*craving*) y anhedonia, pero no forman parte de los criterios diagnósticos. Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro ocupacional, social o de otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explicarían mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Con frecuencia se observan síntomas de abstinencia aguda ("bajón" o *crash*) después de períodos de consumo a dosis altas y repetidas (*runs* o *binges*). Estos períodos se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión que requieren generalmente algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer síntomas depresivos con ideas o comportamiento suicidas, que constituyen el problema más grave observado durante el estado de abatimiento o *crashing* u otras formas de abstinencia de estimulantes. La mayoría de los sujetos con un trastorno por consumo de estimulantes va a experimentan el síndrome de abstinencia en algún momento y, virtualmente, todas las personas con el trastorno han desarrollado la tolerancia.

Diagnóstico diferencial

Trastorno por consumo de estimulantes y otros trastornos inducidos por estimulantes. La abstinencia de estimulantes se distingue del trastorno por consumo de estimulantes y de otros trastornos inducidos por estimulantes (p. ej., delirium, trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno psicótico, ansiedad, disfunción sexual o trastornos del sueño inducidos por estimulantes) porque los síntomas de abstinencia predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Otros trastornos inducidos por estimulantes

Los siguientes trastornos inducidos por estimulantes (que incluye los trastornos inducidos por la anfetamina, la cocaína y otros estimulantes) se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por estimulantes (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por estimulantes (Trastorno bipolar y trastornos relacionados), trastorno depresivo inducido por estimulantes (Trastornos depresivos), trastorno de ansiedad inducido por estimulantes (Trastornos de ansiedad), trastorno obsesivo-compulsivo inducido por estimulantes (Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados), trastorno del sueño inducido por estimulantes (Trastornos del sueño-vigilia) y disfunción sexual inducida por estimulantes (Disfunciones sexuales). Con respecto al delirium por intoxicación por estimulantes, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por los estimulantes solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por estimulantes cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con estimulantes no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los estimulantes que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los estimulantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.9**. El código CIE-10-MC depende de si el estimulante es una anfetamina, la cocaína u otro. El código CIE-10-MC para un trastorno relacionado con la anfetamina u otro estimulante no especificado es **F15.99**. El código CIE-10-MC para un trastorno relacionado con la cocaína no especificado es **F14.99**.

Trastornos relacionados con el tabaco

Trastorno por consumo de tabaco
Abstinencia de tabaco
Otros trastornos inducidos por el tabaco
Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

Trastorno por consumo de tabaco

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
   1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
   2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
   3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
   4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
   5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., interferencia con el trabajo).
   6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
   7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
   8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej., fumar en la cama).
   9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
   10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
       a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
       b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
   11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
       a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco).
       b. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

<= Ir a la Clasificación

Especificar si:

En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe un síndrome de abstinencia de tabaco o un trastorno del sueño inducido por él, no deben utilizarse los códigos siguientes para un trastorno por consumo de tabaco. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de tabaco viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el tabaco (véase la nota de codificación de la abstinencia de tabaco o del trastorno del sueño inducido por el tabaco). Por ejemplo, si existe un trastorno concomitante del sueño inducido por el tabaco y un trastorno por consumo de tabaco, solamente se indicará el código del trastorno del sueño inducido por el tabaco cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de tabaco es moderado o grave: F17.208 para un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco con un trastorno del sueño inducido por el tabaco. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco cuando existe un trastorno del sueño inducido por el tabaco.

Especificar la gravedad actual:

305.1 (Z72.0) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
305.1 (F17.200) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
305.1 (F17.200) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En terapia de mantenimiento" se aplica como un especificador añadido a aquellas personas que se mantienen con otra medicación para dejar el tabaco (p. ej., bupropion, vareniclina) y como un especificador de remisión si la persona está tanto en remisión como en terapia de mantenimiento. "En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de tabaco es frecuente entre las personas que fuman productos del tabaco sin humo y tabaco a diario, y es poco frecuente entre las personas que no consumen tabaco a diario o que usan medicamentos de nicotina. La tolerancia al tabaco se ejemplifica por la desaparición de las náuseas y los mareos tras el consumo repetido, y por un efecto más intenso la primera vez que se consume durante el día. El cese del consumo de tabaco puede producir un síndrome de abstinencia bien definido. Muchos de los consumidores de tabaco utilizan esta sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (p. ej., después de estar en una situación donde el uso del tabaco está restringido). Muchos individuos que lo consumen presentan síntomas o afecciones físicas relacionadas con el tabaco y continúan fumando. La gran mayoría de los consumidores afirma tener una necesidad o un deseo intenso de consumo (*craving*) cuando no fuman durante varias horas. Suelen pasar demasiado tiempo consumiendo tabaco y fumando en cadena (es decir, un cigarrillo tras otro, sin pausa entre los cigarrillos). Debido a que las fuentes de tabaco son legales y están fácilmente a disposición, y debido a que la intoxicación por nicotina es muy rara, es infrecuente que los fumadores empleen mucho tiempo tratando de adquirir tabaco o recuperándose de sus efectos. Puede haber abandono de las actividades sociales, laborales o recreativas importantes si éstas tienen lugar en las zonas de uso restringido de tabaco. El consumo de tabaco rara vez ocasiona el incumplimiento de las obligaciones importantes (p. ej., la interferencia con el trabajo o con las obligaciones del hogar), pero puede haber problemas sociales o interpersonales constantes (p. ej., tener discusiones con otros sobre el consumo de tabaco, evitar situaciones sociales debido a la desaprobación por parte de los demás del consumo del tabaco) o los peligros físicos

(p. ej., fumar en la cama, fumar cerca de productos químicos inflamables) que tienen una prevalencia intermedia. Aunque estos criterios no suelen cumplirse en la mayoría de los consumidores de tabaco, si se dan podrían indicar un trastorno más grave.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Fumar dentro de los 30 minutos después de levantarse, fumar a diario, fumar más cigarrillos por día y despertarse por la noche para fumar son actitudes asociadas con el trastorno por consumo de tabaco. Las señales ambientales pueden provocar un deseo intenso y la abstinencia. A menudo se producen afecciones médicas graves, como el cáncer de pulmón y otros tipos de cáncer, afecciones pulmonares y cardíacas, problemas perinatales, tos, falta de aire y el envejecimiento acelerado de la piel.

Prevalencia

Los cigarrillos son el producto de tabaco más utilizado, lo que representa más del 90 % del consumo de tabaco/nicotina. En Estados Unidos, el 57 % de los adultos nunca ha sido fumador, el 22 % es ex fumador y el 21 % es fumador en la actualidad. Aproximadamente el 20 % de los fumadores actuales estadounidenses no es fumador diario. La prevalencia del consumo de tabaco sin humo es menor del 5 %, y la prevalencia del consumo de tabaco en pipas y puros es menor del 1 %.

Los criterios de dependencia a la nicotina del DSM-IV se pueden utilizar para estimar la prevalencia del trastorno por consumo de tabaco pero, puesto que son un subconjunto de criterios, la prevalencia será algo mayor. La prevalencia a los 12 meses de la dependencia de la nicotina según el DSM -IV en Estados Unidos es del 13 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas son similares entre los hombres (el 14 %) y las mujeres adultos (el 12 %), y disminuyen con la edad desde un 17 % entre los 18 y 29 años a un 4 % entre las personas mayores de 65 años. La prevalencia actual de la dependencia de la nicotina es mayor entre los nativos americanos y los nativos de Alaska (el 23 %) que entre los blancos (el 14 %), pero es menor entre los afroamericanos (el 10 %), los asiáticos americanos y de las islas del Pacífico (el 6 %), y los hispanos (el 6 %). La prevalencia de fumadores diarios actuales es de aproximadamente un 50 %.

En muchos países en desarrollo, la prevalencia del consumo de tabaco es mucho mayor en los hombres que en las mujeres, pero éste no es el caso de las naciones desarrolladas. Sin embargo, a menudo existe un retraso en la transición demográfica, de tal manera que el consumo de tabaco aumenta en las mujeres posteriormente.

Desarrollo y curso

La mayoría de los adolescentes de Estados Unidos experimenta con el consumo de tabaco, y hacia la edad de 18 años, alrededor del 20 % fuma por lo menos mensualmente. La mayoría de estas personas se convierte en consumidores de tabaco a diario. El inicio del consumo de tabaco después de los 21 años es poco común. En general, algunos de los síntomas de los criterios diagnósticos del trastorno aparecen poco después de comenzar el uso del tabaco, y muchos individuos muestran un patrón de uso compatible con un trastorno por consumo de tabaco en la adolescencia tardía. Más del 80 % de las personas que fuman tabaco intenta dejar de fumar en algún momento, pero el 60 % recae la primera semana y menos de un 5 % permanece en abstinencia de por vida. Sin embargo, la mayoría de las personas que consumen tabaco hace múltiples intentos, de manera que la mitad de los consumidores de tabaco se abstiene finalmente. Las personas que logran abandonar el consumo, por lo general no lo hacen hasta después de los 30 años. Aunque en Estados Unidos el tabaquismo de consumo no diario era raro, se ha hecho más frecuente en la última década, especialmente entre las personas más jóvenes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Las personas con rasgos de personalidad externalizantes son más propensas a iniciar el consumo de tabaco. Los niños con trastorno por déficit de atención o trastorno de la conducta, los adultos con trastorno depresivo, bipolar, ansioso, de personalidad, psicosis o por consumo de otras sustancias tienen un mayor riesgo de iniciar y continuar el consumo de tabaco y de desarrollar un trastorno por consumo de tabaco.

Ambientales. Las personas con menor nivel educativo y rentas bajas son más propensas a iniciar el consumo de tabaco y es menos probable que lo abandonen.

Genéticos y fisiológicos. Los factores genéticos contribuyen a la aparición y la continuación del consumo de tabaco, y al desarrollo del trastorno por consumo de tabaco, con un grado de heredabilidad equivalente al observado en otros trastornos por consumo de sustancias (es decir, alrededor del 50 %). Parte de este riesgo es específico para el tabaco y parte se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar cualquier trastorno por consumo de sustancias.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las culturas y subculturas varían ampliamente en su aceptación del uso del tabaco. La prevalencia del consumo de tabaco disminuyó en Estados Unidos desde la década de los sesenta hasta la década de los noventa, pero esta disminución ha sido menos evidente en las poblaciones hispanas y afroamericanas. Además, es más frecuente fumar en los países en desarrollo que en los países desarrollados. No está claro el grado en que estas diferencias culturales se deben a los ingresos, la educación y las actividades de control del tabaco en un país. Los fumadores blancos no hispanos parecen tener más probabilidades de desarrollar el trastorno por consumo de tabaco que otros fumadores. Algunas de las diferencias étnicas pueden tener una base biológica. Los varones afroamericanos tienden a tener niveles de nicotina en sangre más altos para un número determinado de cigarrillos, y esto puede contribuir a una mayor dificultad para dejar de fumar. Además, la velocidad del metabolismo de la nicotina es significativamente diferente en los blancos en comparación con los afroamericanos, y puede variar por genotipos asociados con etnias.

Marcadores diagnósticos

El monóxido de carbono en el aire, y la nicotina y su metabolito cotinina en la sangre, la saliva o la orina se pueden utilizar para medir la intensidad del consumo de tabaco o de nicotina; sin embargo, éstos están débilmente relacionados con el trastorno por consumo de tabaco.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de tabaco

Las consecuencias médicas del consumo de tabaco comienzan a aparecer generalmente cuando los consumidores tienen alrededor de 40 años y, por lo general, se vuelven cada vez más debilitantes. La mitad de los fumadores que no dejan de consumir tabaco morirá temprano por una afección relacionada con el tabaco, y la morbilidad relacionada con el tabaco se produce en más de la mitad de los consumidores de tabaco. La mayoría de las afecciones se produce como resultado de la exposición al monóxido de carbono, los alquitranes y otros componentes no nicotínicos del tabaco. El principal predictor de reversibilidad es la duración del tabaquismo. El fumador pasivo tiene un riesgo de padecer afecciones del corazón y cáncer del 30 %. El uso a largo plazo de medicamentos de nicotina no parece causar daño médico.

Comorbilidad

Las afecciones médicas más comunes asociadas al tabaco son las cardiovasculares, la afección pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer. Fumar también aumenta los problemas perinatales, como el bajo peso al nacer y el aborto involuntario. Las comorbilidades psiquiátricas más comunes son los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, el trastorno depresivo, bipolar, la ansiedad y el trastorno de personalidad y déficit de atención/hiperactividad. En las personas con trastorno actual por consumo de tabaco, la prevalencia de trastorno actual por consumo de alcohol, otras drogas, ansiedad, depresión, bipolar y trastorno de la personalidad oscila entre el 22 y el 32 %. Los fumadores dependientes de la nicotina tienen entre 2,7 a 8,1 veces más probabilidades de desarrollar estos trastornos que los fumadores no dependientes, que aquellos que nunca han fumado o que los ex fumadores.

Abstinencia de tabaco

Criterios diagnósticos 292.0 (F17.203)

A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:

1. Irritabilidad, frustración o rabia.
2. Ansiedad.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Aumento del apetito.
5. Intranquilidad.
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Insomnio.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de tabaco es F17.203. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de tabaco solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de éste. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco con una abstinencia de éste.

Características diagnósticas

Los síntomas de abstinencia deterioran la capacidad de detener el consumo de tabaco. Los síntomas después de la abstinencia de tabaco son debidos, en gran parte, a la privación de la nicotina. Los síntomas son mucho más intensos entre las personas que fuman cigarrillos o usan tabaco sin humo que entre aquellos que usan medicamentos de nicotina. Esta diferencia en la intensidad de los síntomas es probablemente debida al inicio más rápido y a los niveles más altos de nicotina con el consumo de cigarrillos. La abstinencia de tabaco es frecuente entre los consumidores de tabaco diarios, que dejan o disminuyen el consumo, pero también puede aparecer entre los usuarios no diarios. Por lo general, la frecuencia cardíaca disminuye en 5-12 latidos por minuto en los primeros días después de dejar de fumar, y el peso aumenta un promedio de 4 a 7 libras (2-3 kg) durante el primer año después de dejar de fumar. La abstinencia de tabaco puede producir cambios de humor clínicamente significativos y deterioro funcional.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El deseo intenso de alimentos dulces o azucarados y los problemas en el funcionamiento para realizar las tareas que requieren vigilancia están asociados con la abstinencia de tabaco. La abstinencia puede aumentar el estreñimiento, la tos, los mareos, los sueños o las pesadillas, las náuseas y el dolor de garganta. Fumar aumenta el metabolismo de muchos medicamentos utilizados para tratar los trastornos mentales, por lo que dejar de fumar puede aumentar los niveles en sangre de estos medicamentos, y esto puede producir resultados clínicamente significativos. Este efecto parece no ser debido a la nicotina, sino más bien a otros compuestos del tabaco.

Prevalencia

Aproximadamente el 50 % de los consumidores de tabaco que dejan de fumar durante 2 o más días tendrá síntomas que cumplan con los criterios para la abstinencia de tabaco. Los signos y síntomas más comunes son la ansiedad, la irritabilidad y la dificultad para concentrarse. Los síntomas menos comunes son la depresión y el insomnio.

Desarrollo y curso

La abstinencia de tabaco por lo general comienza dentro de las 24 horas después del cese o la reducción en el consumo de tabaco, y los picos se producen a los 2-3 días después de la abstinencia y tiene una duración de 2-3 semanas. Los síntomas de la abstinencia de tabaco pueden aparecer entre los consumidores de tabaco adolescentes, incluso antes de que el consumo de tabaco sea diario. Es infrecuente que los síntomas se prolonguen más de un mes.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los fumadores con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención y otros trastornos por consumo de sustancias tienen una abstinencia más grave.

Genéticos y fisiológicos. El genotipo puede influir en la probabilidad de la abstinencia tras el cese.

Marcadores diagnósticos

El monóxido de carbono en el aire, y la nicotina y su metabolito cotinina en la sangre, la saliva o la orina se pueden utilizar para medir el alcance del consumo de tabaco o de la nicotina, pero están débilmente relacionados con la abstinencia de tabaco.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de tabaco

La abstinencia de cigarrillos puede causar un malestar clínicamente significativo. Ésta afecta la capacidad de detener o controlar el consumo de tabaco. Es discutible que la abstinencia de tabaco pueda provocar un nuevo trastorno mental o su recurrencia, y si esto es así, sólo se produce en una pequeña minoría de los consumidores de tabaco.

Diagnóstico diferencial

Los síntomas de abstinencia de tabaco se superponen con los de otros síndromes de abstinencia de sustancias (p. ej., la abstinencia de alcohol, la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, la abstinencia de estimulantes, la abstinencia de cafeína y la abstinencia de opiáceos); con la intoxicación por cafeína, los trastornos de ansiedad, el trastorno depresivo, bipolar y del sueño, y la acatisia inducida por la medicación. La admisión a las unidades de hospitalización libres de humo o el abandono voluntario del tabaco puede inducir síntomas de abstinencia que imitan, intensifican o enmascaran otros trastornos o efectos adversos de los medicamentos utilizados para tratar los trastornos mentales (p. ej., la irritabilidad que se cree que es debida a la abstinencia de alcohol podría ser debida a la abstinencia de tabaco). La reducción de los síntomas con la utilización de medicamentos de nicotina confirma el diagnóstico.

Otros trastornos inducidos por el tabaco

El trastorno del sueño inducido por el tabaco se revisa en el capítulo Trastornos del sueño-vigilia (véase Trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos).

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

292.9 (F17.209)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el tabaco o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Intoxicación por otras sustancias

Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado

Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Criterios diagnósticos

A. Patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que no se puede clasificar en la categoría del alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes o el tabaco, y que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ella.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
    a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
    a. El síndrome de abstinencia característico de otra sustancia (o sustancia desconocida) (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de la abstinencia de otras sustancias [o sustancias desconocidas], pág. 583).
    b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida), no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo otra sustancia (o sustancia desconocida), no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la sustancia.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si existe una intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), una abstinencia de otra sustancia (o sustancia desconocida) u otro trastorno mental inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida). En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por esa sustancia (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia de otra sustancia [o sustancia desconocida], o del trastorno mental específico inducido por otra sustancia [o sustancia desconocida]). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida) y un trastorno concomitante por consumo de dicha sustancia, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) es leve, moderado o grave: F19.14 para un trastorno leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) con un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), o F19.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) con un trastorno depresivo inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida).

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F19.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.
304.90 (F19.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.
304.90 (F19.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) y los trastornos relacionados comprende los trastornos por consumo de sustancias no relacionadas con el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (fenciclidina y otros), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, los estimulantes, las anfetaminas (incluyendo la cocaína) o el tabaco. Dichas sustancias son los esteroides anabólicos, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, el cortisol, los medicamentos antiparkinsonianos, los antihistamínicos, el óxido nitroso, los nitritos de amilo, butilo o isobutilo, la nuez de betel, que se mastica en muchas culturas para producir euforia leve y sensación de flotar, el kava (de una planta de la pimienta del Pacífico Sur), que produce sedación, falta de coordinación, pérdida de peso, leve hepatitis y anomalías pulmonares, o las catinonas (incluidos los agentes de la planta *khât* y derivados químicos sintéticos) que producen efectos estimulantes. Los trastornos relacionados con sustancias desconocidas están asociados con las sustancias no identificadas, tales como las intoxicaciones en las que el individuo no puede identificar la droga ingerida, o los trastornos por consumo de sustancias que implican nuevas drogas del mercado negro aún no identificadas, o drogas conocidas que se venden ilegalmente bajo nombres falsos.

El trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es un trastorno mental en el que continúa el uso repetido de otra sustancia o de una sustancia desconocida a pesar de que el individuo sabe que le está causando graves problemas. Esos problemas se reflejan en los criterios diagnósticos. Cuando se conoce la sustancia, se debería reflejar en el nombre de la afección dentro de la codificación (p. ej., el trastorno por consumo de óxido nitroso).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El diagnóstico de trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) se apoya en la declaración de la persona de que la sustancia en cuestión no se encuentra entre las nueve clases enumeradas en este capítulo, en los episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en los análisis de drogas estándar (que no detectan nuevas sustancias o aquellas utilizadas raramente) o en la presencia de síntomas característicos de una sustancia no identificada que ha aparecido recientemente en la comunidad del individuo.

Debido a que existe un mayor acceso al óxido nitroso (gas de la risa), la pertenencia a ciertas poblaciones se asocia con el diagnóstico de trastorno por consumo de óxido nitroso. El papel de este gas como agente anestésico conduce a un mal uso por parte de algunos profesionales de la medicina y de salud dental. Su utilización como carburante de automoción para productos comerciales (p. ej., los dispensadores de crema batida) contribuye a un mal uso por parte de los trabajadores de servicio de alimentos. Es apreciable el mal uso del óxido nitroso entre los adolescentes, los jóvenes y los adultos debido a la reciente amplia disponibilidad de aerosoles o dispensadores de crema batida (*whippets*) para su uso en el hogar, sobre todo entre aquellos que también inhalan hidrocarburos volátiles. Algunas personas, que inhalan de forma continuada un máximo de 240 cartuchos por día, pueden presentar complicaciones médicas y afecciones mentales graves, entre ellas mieloneuropatía, degeneración combinada subaguda de la médula espinal, neuropatía periférica y psicosis. Estas afecciones también se asocian con un diagnóstico de trastorno por consumo de óxido nitroso.

Se ha observado el uso de nitritos de amilo, butilo e isobutilo entre los hombres homosexuales y en algunos adolescentes, especialmente aquellos con trastornos de conducta. La pertenencia a estos grupos de población puede estar asociada con un diagnóstico de trastorno por consumo de nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Sin embargo, no se ha determinado que produzcan un trastorno por consumo de sustancias. A pesar de la tolerancia, estos gases no son capaces de alterar el comportamiento a través de sus efectos centrales y pueden utilizarse sólo por sus efectos periféricos.

Los trastornos por consumo de sustancias están asociados, en general, con riesgos elevados de suicidio, pero no hay evidencia de factores de riesgo específicos para el suicidio en este trastorno.

Prevalencia

Basándose en datos muy limitados, la prevalencia del trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) probablemente es más baja que la de los trastornos por consumo que implican las nueve clases de sustancias de este capítulo.

Desarrollo y curso

Ningún modelo de desarrollo o de curso puede caracterizar la variedad farmacológica del trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas). En general, los trastornos por consumo de sustancias desconocidas se reclasifican cuando, finalmente, la sustancia desconocida se identifica.

Factores de riesgo y pronóstico

Se cree que son similares a los de la mayoría de los trastornos por consumo de sustancias e implican la presencia de otros trastornos por consumo de sustancias, el trastorno de conducta, y el trastorno antisocial de la personalidad en el individuo o la familia del individuo, la fácil disponibilidad de la sustancia en el ambiente del individuo, el maltrato o el trauma infantil, y la evidencia de falta de autocontrol y la desinhibición conductual.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Ciertas culturas pueden tener relación con este trastorno en el que intervienen sustancias indígenas específicas dentro de la región cultural, como la nuez de betel.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas en orina, aire espirado o saliva pueden identificar correctamente una sustancia de consumo que se ha vendido fraudulentamente como un producto novedoso. Sin embargo, las pruebas clínicas de rutina por lo general no pueden identificar las sustancias verdaderamente inusuales o nuevas, que puede requerir pruebas en laboratorios especializados.

Diagnóstico diferencial

Uso de otras sustancias (o de sustancias desconocidas) sin reunir los criterios de trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas). El uso de sustancias desconocidas no es poco frecuente entre los adolescentes, pero la mayoría de los consumidores no cumple con el estándar de diagnóstico de dos o más criterios del trastorno en el año anterior.

Trastornos por consumo de sustancias. Los trastornos por consumo de otras sustancias (o de sustancias desconocidas) pueden coincidir con diversos trastornos por consumo de sustancias, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y superponerse. Para desentrañar los patrones de los síntomas, sería útil preguntarse qué síntomas persistieron durante los períodos en que no se estaban consumiendo algunas de las sustancias.

Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas) o medicamentos. Este diagnóstico se debe diferenciar de los casos en que los síntomas del individuo cumplen con todos los criterios para uno de los siguientes trastornos: delirium, trastorno neurocognitivo, trastorno psicótico, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, disfunción sexual o trastorno del sueño, y también se debe diferenciar de los casos en que el trastorno está causado por otra sustancia (o sustancia desconocida).

Otras afecciones médicas. Las personas con trastornos por uso de sustancias, entre los que están el trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), pueden tener síntomas de muchas afecciones médicas. Estas afecciones también pueden aparecer en ausencia del trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas). Los antecedentes de poco o ningún consumo de otras sustancias (o de sustancias desconocidas) ayuda a excluir este trastorno como causa de estos problemas.

Comorbilidad

Los trastornos por consumo de sustancias, entre ellos el trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), son frecuentemente comórbidos entre sí, además de con el trastorno antisocial de la personalidad en los adultos y con el trastorno de conducta en los adolescentes, y con los intentos de suicidio y la ideación suicida.

Intoxicación por otras sustancias

Criterios diagnósticos

A. La aparición de un síndrome reversible específico de una sustancia, que se puede atribuir a la ingesta reciente (o al contacto) de una sustancia que no aparece listada en ningún otro sitio o es desconocida.
B. Un comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que se pueden atribuir al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., trastorno de la coordinación motora, agitación o retraso psicomotor, euforia, ansiedad, belicosidad, humor variable, deterioro cognitivo, juicio alterado, aislamiento social) y aparecen durante o poco después del consumo de la sustancia.
C. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) relacionado con la misma sustancia. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) el código CIE-10-MC es **F19.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida), el código CIE-10-MC es **F19.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) relacionado con la misma sustancia, el código CIE-10-MC es **F19.929**.

Nota: Para más información acerca de factores de riesgo y pronóstico, aspectos diagnósticos relacionados con la cultura y marcadores diagnósticos, véanse los apartados correspondientes en Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Características diagnósticas

La intoxicación por otras sustancias es un trastorno mental clínicamente significativo que se desarrolla durante o inmediatamente después del uso de: a) una sustancia no descrita en alguna parte de este capítulo (es decir, el alcohol, la cafeína, el cannabis, la fenciclidina y otros alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos, los ansiolíticos, los estimulantes o el tabaco), o b) una sustancia desconocida. Si se conoce la sustancia, se debería reflejar en el nombre del trastorno a través de la codificación.

La aplicación de los criterios diagnósticos para la intoxicación por otras sustancias es muy difícil. El criterio A requiere el desarrollo de un "síndrome específico de la sustancia" reversible, pero si la sustancia no se conoce, el síndrome suele ser desconocido. Para resolver este conflicto, los médicos pueden preguntárselo a la persona u obtener información adicional acerca de si el individuo ha experimentado un episodio similar después de usar sustancias con el mismo nombre ("en jerga callejera") o del mismo distribuidor. Del mismo modo, los servicios de urgencias hospitalarias en ocasiones atienden en pocos días un número elevado de casos de un síndrome de intoxicación grave y desconocido de una sustancia que está recientemente disponible y que, hasta el momento, era desconocida. Debido a la gran variedad de sustancias intoxicantes, el Criterio B sólo puede aportar amplios ejemplos de signos y síntomas de alguna intoxicación sin un umbral para el número de síntomas requeridos para el diagnóstico; por ello, el juicio clínico deberá orientar esas decisiones. El criterio C requiere descartar otras afecciones médicas, trastornos mentales o intoxicaciones.

Prevalencia

Se desconoce la prevalencia de la intoxicación por otras sustancias.

Desarrollo y curso

Las intoxicaciones, por lo general, aparecen y alcanzan el pico máximo entre minutos y horas después del uso de la sustancia, pero el inicio y el curso varían de acuerdo con la sustancia y la vía de

administración. En general, las sustancias utilizadas por inyección intravenosa y por inhalación pulmonar tienen un inicio de acción más rápido, mientras que las que se ingieren por la boca y requieren la metabolización de un producto activo son mucho más lentas (por ejemplo, después de la ingestión de ciertos hongos, los primeros síntomas de una intoxicación finalmente fatal pueden no aparecer durante unos días). Los efectos de la intoxicación generalmente se resuelven en cuestión de horas a unos pocos días. Sin embargo, el cuerpo puede eliminar por completo un gas anestésico, como el óxido nitroso, sólo minutos después de que termine su uso. En el otro extremo, se encuentran los sistemas de envenenamiento de algunas sustancias estupefacientes que producen un efecto de "ataque y retirada" (*hit and run*), por el que la sustancia altera el proceso fisiológico de tal manera que la recuperación dura más tiempo que el que se emplea para la eliminación de la sustancia, por lo que deja deficiencias permanentes. Por ejemplo, la MPTP (1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetrahidropiridina), un subproducto contaminante en la síntesis de un cierto opiáceo, mata las células dopaminérgicas e induce un parkinsonismo permanente en los usuarios que pretendían una intoxicación por opiáceos.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por otras sustancias

El deterioro por la intoxicación con cualquier sustancia puede tener graves consecuencias, entre las que están un bajo rendimiento laboral, las indiscreciones sociales, los problemas en las relaciones interpersonales, el incumplimiento de las obligaciones, los accidentes de tráfico, las peleas, las conductas de alto riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin protección) y la sobredosis de la medicación o de la sustancia. El patrón de consecuencias variará con la sustancia en particular.

Diagnóstico diferencial

Uso de otra sustancia (o de una sustancia desconocida), sin reunir los criterios de intoxicación por consumo de otras sustancias. El individuo consume otras sustancias o sustancias desconocidas, pero la dosis no es suficiente para producir síntomas que cumplan con los criterios diagnósticos necesarios para el diagnóstico.

Intoxicación por sustancias u otros trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Las sustancias conocidas pueden ser vendidas en el mercado negro como nuevos productos, y, por tanto, las personas pueden intoxicarse tras su consumo. Los antecedentes, los análisis toxicológicos o las pruebas químicas de la sustancia en sí pueden ayudar a identificarla.

Diferentes tipos de trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas). Los episodios de intoxicación por otras sustancias pueden aparecer a la vez, pero son diferentes de los episodios del trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), del trastorno relacionado con el consumo de sustancias no especificado y de los trastornos inducidos por el consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Otros trastornos metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares, infecciosos o tóxicos, que dañan la función cerebral y la cognición. Existen una gran variedad de afecciones médicas y neurológicas capaces de producir e iniciar rápidamente signos y síntomas que imitan los de las intoxicaciones, entre los que están los ejemplos del Criterio B. Paradójicamente, también se deberían descartar las retiradas de medicamentos porque, por ejemplo, el letargo puede indicar la retirada de un medicamento o la intoxicación con otro fármaco.

Comorbilidad

Al igual que ocurre con todos los trastornos relacionados con sustancias, tienden a desarrollarse junto con los trastornos de conducta en los adolescentes, el trastorno antisocial de la personalidad en los adultos y otros trastornos por consumo de sustancias.

Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Criterios diagnósticos 292.0 (F19.239)

A. Cese (o reducción) del consumo de una sustancia que ha sido intenso y prolongado.
B. La aparición de un síndrome específico de la sustancia poco después del cese (o la reducción) de su consumo.
C. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una abstinencia por otra sustancia.
E. La sustancia implicada no se puede clasificar en ninguna otra categoría (alcohol, cafeína, cannabis, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, estimulantes o tabaco) o es desconocida.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es F19.239. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia de un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida). No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida) cuando existe una abstinencia de ésta.

Nota: Para información acerca de factores de riesgo y pronóstico y marcadores diagnósticos, véanse los apartados correspondientes en Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Características diagnósticas

La abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es un trastorno mental clínicamente significativo que se desarrolla durante o dentro de un par de horas a días después de la reducción o la supresión de la dosis de una sustancia (Criterios A y B). Aunque en los antecedentes de la persona estén claras la reducción reciente de la dosis o la retirada completa de la sustancia, va a ser muy complicado llevar a cabo otros procedimientos de diagnóstico si el medicamento es desconocido. El Criterio B requiere el desarrollo de un "síndrome de la sustancia específica" (es decir, que los síntomas y signos individuales deben corresponder con el síndrome de abstinencia de la droga recientemente detectada), requisito que rara vez se podría cumplir con una sustancia desconocida. En consecuencia, el juicio clínico debería guiar las decisiones cuando la información esté limitada. El Criterio D requiere descartar otras afecciones médicas, trastornos mentales o abstinencia de sustancias conocidas. Cuando se identifique la sustancia, se debería reflejar en el nombre de la afección al escribir la codificación diagnóstica (p. ej., la abstinencia de nuez de betel).

Prevalencia

Se desconoce la prevalencia de la abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Desarrollo y curso

Los signos de abstinencia aparecen comúnmente algunas horas después del cese del consumo de la sustancia, pero el inicio y el curso varían mucho dependiendo de la dosis utilizada normalmente por la persona y de la velocidad específica de eliminación de la sustancia del cuerpo. En el pico máximo de gravedad, los síntomas de abstinencia de algunas sustancias implican sólo niveles moderados de malestar, mientras que la abstinencia de otras sustancias puede ser mortal. La disforia asociada a la abstinencia a menudo motiva la recaída en el consumo de sustancias. Los síntomas de abstinencia remiten lentamente durante días, semanas o meses, dependiendo de la sustancia en particular y de las dosis que alcanzó la persona tras la escalada debida a la tolerancia.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura varían según la sustancia concreta.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

La abstinencia de cualquier sustancia puede tener graves consecuencias, entre las que están los signos y los síntomas físicos (p. ej., malestar general, cambios de los signos vitales, malestar abdominal, dolor de cabeza), el ansia o deseo intenso de droga, la ansiedad, la depresión, la agitación, los síntomas psicóticos o los trastornos cognitivos. Estas consecuencias pueden conducir a problemas, como bajo rendimiento laboral, problemas en las relaciones interpersonales, incumplimiento de las obligaciones, accidentes de tráfico, peleas, conductas de alto riesgo (p. ej., tener relaciones sexuales sin protección), intentos de suicidio, y sobredosis de la sustancia o la medicación. El patrón de consecuencias variará con la sustancia concreta.

Diagnóstico diferencial

Reducción de la dosis después de la administración prolongada, pero que no cumple los criterios para la abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas). El individuo consume otras sustancias (o sustancias desconocidas), pero la dosis que se utilizó fue insuficiente para producir los síntomas que cumplan los criterios necesarios para el diagnóstico.

Abstinencia de sustancias u otros trastornos inducidos por sustancias/medicamentos. Las sustancias conocidas pueden ser vendidas en el mercado negro como nuevos productos, y, por tanto, las personas pueden experimentar la abstinencia cuando se interrumpen esas sustancias. La historia clínica, los análisis de toxicología o las pruebas químicas para detectar la sustancia pueden ayudar a identificarla.

Diferentes tipos de trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas). Los episodios de abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) pueden aparecer simultáneamente, pero son distintos del trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), del trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado, y de los trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Otros trastornos metabólicos, traumáticos, neoplásicos, vasculares, infecciosos o tóxicos, que dañan la función cerebral y la cognición. Existen una gran variedad de afecciones médicas y neurológicas capaces de producir e iniciar rápidamente signos y síntomas que imitan aquellos de la abstinencia. Paradójicamente, también se deberían descartar las sobredosis de medicamentos porque, por ejemplo, el letargo puede indicar la retirada de un medicamento o la intoxicación con otro fármaco.

Comorbilidad

Al igual que en todos los trastornos relacionados con sustancias, la abstinencia a otras sustancias (o sustancias desconocidas) tiende a desarrollarse junto con trastornos de la conducta en los adolescentes, el trastorno antisocial de la personalidad en los adultos y otros trastornos por consumo de sustancias.

Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Puesto que la categoría de otras sustancias (o sustancias desconocidas) es por esencia poco definida, la magnitud y el abanico de trastornos que pueden inducir son inciertos. De todos modos, pueden existir trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas) y se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Trastorno bipolar), trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Trastornos depresivos), trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Trastornos de ansiedad), trastorno obsesivo-compulsivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados), trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o

sustancias desconocidas) (Trastornos del sueño-vigilia), disfunción sexual inducida por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Disfunciones sexuales) y trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Trastornos neurocognitivos). Con respecto al delirium por intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas), véanse los criterios y la discusión del delirium de abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas) en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por otras sustancias (o sustancias desconocidas) solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia por otras sustancias (o sustancias desconocidas) cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con el uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado

292.9 (F19.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos no relacionados con sustancias

Juego patológico

Criterios diagnósticos **312.31 (F63.0)**

A. Juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta porque el individuo presenta cuatro (o más) de los siguientes criterios durante un período de 12 meses:
   1. Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
   2. Está nervioso o irritado cuando intenta reducir o abandonar el juego.
   3. Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.
   4. A menudo tiene la mente ocupada en las apuestas (p. ej., reviviendo continuamente con la imaginación experiencias de apuestas pasadas, condicionando o planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar).
   5. A menudo apuesta cuando siente desasosiego (p. ej., desamparo, culpabilidad, ansiedad, depresión).
   6. Después de perder dinero en las apuestas, suele volver otro día para intentar ganar ("recuperar" las pérdidas).
   7. Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.
   8. Ha puesto en peligro o ha perdido una relación importante, un empleo o una carrera académica o profesional a causa del juego.
   9. Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.

B. Su comportamiento ante el juego no se explica mejor por un episodio maníaco.

<= Ir a la Clasificación

Especificar si:

Episódico: Cumple los criterios diagnósticos en más de una ocasión, si bien los síntomas se apaciguan durante varios meses, por lo menos entre períodos de juego patológico.

Persistente: Experimenta síntomas continuamente, cumple los criterios diagnósticos durante varios años.

Especificar si:

En remisión inicial: Tras haber cumplido previamente todos los criterios de juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses.

En remisión continuada: Tras haber cumplido previamente todos los criterios del juego patológico, no ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Cumple 4-5 criterios.

Moderado: Cumple 6-7 criterios.

Grave: Cumple 8-9 criterios.

Nota: Aunque algunas alteraciones comportamentales que no implican consumo de sustancias presentan similitudes con los trastornos relacionados con sustancias, solamente un trastorno –el juego patológico– tiene suficiente evidencia como para ser incluido en esta sección.

Especificadores

La gravedad se basa en el número de criterios que se cumplen. Las personas con juego patológico leve presentan sólo 4-5 de los criterios, siendo los más frecuentes aquellos relacionados con la preocupación por el juego y por "recuperar" las pérdidas. Las personas con juego patológico moderadamente grave manifiestan más criterios (p. ej., 6-7). Los jugadores patológicos más graves cumplen todos o la mayoría de los nueve criterios (p. ej., 8-9). Los criterios que se cumplen con menor frecuencia, y que ocurren sobre todo entre los que tienen un trastorno más grave, son poner en peligro las relaciones o las oportunidades laborales debido al juego y depender de otros para obtener el dinero perdido en el juego. En general, las personas que acuden a tratamiento de juego patológico suelen tener formas de moderadas a graves del trastorno.

Características diagnósticas

Apostar implica arriesgar algo de valor con la esperanza de obtener algo de mayor valor. En muchas culturas, las personas participan en juegos o celebraciones y la mayoría lo hace sin experimentar problemas. Sin embargo, algunos individuos desarrollan un deterioro sustancial relacionado con su conducta de juego. La característica esencial del juego patológico es un comportamiento disfuncional recurrente y persistente de juego que interrumpe las actividades personales, familiares y/u ocupacionales (Criterio A). El juego patológico se define como un grupo de cuatro o más síntomas de los enumerados en el Criterio A que aparecen en cualquier momento del mismo período de 12 meses.

Se puede desarrollar un patrón de "recuperación de las propias pérdidas", con una necesidad urgente de mantener el juego (a menudo con apuestas más grandes o la asunción de mayores riesgos) para recuperarse de una pérdida o de una serie de pérdidas. El individuo puede abandonar su estrategia de juego y tratar de recuperar las pérdidas de una sola vez. Aunque muchos jugadores pueden "recuperarse de las pérdidas" durante cortos períodos de tiempo, es la frecuencia, y sobre todo "la recuperación" a largo plazo, lo que caracteriza al juego patológico (Criterio A6). Las personas pueden mentir a los miembros de su familia, a los terapeutas o a otras personas para ocultar su grado de implicación en el juego y los casos, que se acompañan de engaño, también pueden implicar el encubrimiento de conductas ilegales, como la falsificación, el fraude, el robo o la malversación de fondos, aunque no se limitan sólo a ellos, para obtener el dinero con el que jugar (Criterio A7). Las personas también pueden presentar un comportamiento "de rescate", y dirigirse

a la familia o a otras personas en busca de ayuda debido a una situación financiera desesperada causada por el juego (Criterio A9).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Pueden aparecer distorsiones en el pensamiento (p. ej., negación, supersticiones, sentimientos de control y de poder sobre la probabilidad de los resultados, exceso de confianza) en los jugadores patológicos. Muchas personas con problemas de juego patológico creen que el dinero es a la vez la causa y la solución a sus problemas. Algunos son impulsivos, competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente; además, pueden estar muy preocupados por la aprobación de los demás y pueden ser generosos al ganar hasta el punto de la extravagancia. Otros jugadores están deprimidos, son solitarios y juegan al sentirse impotentes, culpables o deprimidos. Casi la mitad de las personas en tratamiento por juego patológico tiene ideación suicida, y alrededor del 17 % ha intentado suicidarse.

Prevalencia

En la población general, la tasa de prevalencia en el año anterior es del 0,2-0,3 %, y la prevalencia vital es del 0,4-1,0 %. En las mujeres, la tasa de prevalencia vital es de aproximadamente un 0,2 %, y en los hombres es del 0,6 %. La prevalencia vital de juego patológico entre los afroamericanos está alrededor del 0,9 %, entre los blancos está cerca de un 0,4 % y entre los hispanos es del 0,3 %.

Desarrollo y curso

El inicio del juego patológico puede aparecer durante la adolescencia o en los adultos jóvenes, pero en algunos individuos se manifiesta en la edad adulta media o incluso más adelante. Generalmente, los trastornos de juego se desarrollan durante el curso de los años, aunque la progresión parece ser más rápida en las mujeres que en los hombres. La mayoría de las personas manifiesta un patrón de juego que aumenta gradualmente, tanto en la cantidad como en la frecuencia de las apuestas. Ciertamente, las formas más leves pueden convertirse en casos más graves. La mayoría de las personas afirma tener problemas con uno o dos tipos de juegos de azar, aunque otros participan en muchas variedades de juego. Los individuos tienen mayor tendencia a participar en algunos tipos de juegos de azar (p. ej., la compra diaria de boletos de rascar) con más frecuencia que en otros (p. ej., jugar semanalmente a las máquinas tragaperras o al *blackjack* en el casino). La frecuencia de los juegos de azar puede estar más relacionada con el tipo de juego que con la gravedad del trastorno. Por ejemplo, la compra de un billete de rascar cada día podría no ser problemático, mientras que jugar menos frecuentemente en el casino, en acontecimientos deportivos o a las cartas podría indicar un trastorno. Del mismo modo, las cantidades de dinero que se gastan en las apuestas no son en sí mismas indicativas de juego patológico. Algunos individuos pueden apostar miles de euros al mes y no tienen problemas con el juego, mientras que otros pueden apostar cantidades mucho más pequeñas pero pueden experimentar dificultades sustanciales relacionadas con el juego.

Los patrones de juego pueden ser regulares o episódicos, y pueden ser persistentes o estar en remisión. El juego puede aumentar durante las épocas de estrés o de depresión, y durante los períodos de consumo de sustancias o de abstinencia. Pueden aparecer períodos en los que exista un cuadro de juego patológico y problemas asociados graves, períodos de abstinencia total y épocas en las que se juegue de manera no problemática. En ocasiones puede producirse la remisión natural o espontánea del juego patológico. Sin embargo, algunas personas subestiman su vulnerabilidad a desarrollar este trastorno o a recaer en el juego patológico después de la remisión. Cuando se encuentran en el período de remisión, pueden suponer incorrectamente que no van a tener ningún problema para controlarse y que pueden jugar de una manera no problemática, y vuelven a retornar al patrón de juego patológico.

La expresión inicial del trastorno es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. Las personas que comienzan a jugar en la juventud a menudo lo hacen con sus familiares o amigos. El

desarrollo precoz del juego patológico parece estar asociado con la impulsividad y el abuso de sustancias. Muchos de los estudiantes de secundaria y universitarios que desarrollan juego patológico se recuperan del trastorno con el tiempo, pero para algunos seguirá siendo un problema durante toda la vida. La aparición del trastorno en las etapas intermedias o tardías de la vida es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Hay variaciones por edad y género en el tipo de juegos de azar y en las tasas de prevalencia. El juego patológico es más frecuente entre los jóvenes y en las personas de mediana edad que entre los adultos mayores. Entre los adultos jóvenes y los adolescentes, el trastorno es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Las personas más jóvenes prefieren diferentes formas de juego (p. ej., las apuestas deportivas), mientras que los adultos mayores tienen más tendencia a desarrollar problemas con las máquinas tragaperras y el bingo. Aunque la proporción de individuos que buscan tratamiento para el juego patológico es baja en todos los grupos de edad, es especialmente poco probable que los individuos más jóvenes acudan a tratamiento.

Los hombres tienen mayor tendencia a comenzar a jugar precozmente y son más jóvenes en conjunto que las mujeres, quienes tienen mayor tendencia a comenzar a jugar más tarde a lo largo de la vida y a desarrollar el trastorno en un marco temporal más corto. Las mujeres con juego patológico tienen más probabilidades que los varones de padecer trastornos depresivos, bipolares y ansiosos. Las mujeres también tienen una edad más tardía de inicio del trastorno y buscan tratamiento antes, aunque las tasas de búsqueda de tratamiento son bajas (< 10 %) entre las personas con juego patológico independientemente del género.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. El juego que se inicia en la niñez o la adolescencia temprana se asocia con mayores tasas de juego patológico. El juego patológico parece asociarse al trastorno antisocial de la personalidad, a los trastornos bipolares y depresivos, y a otros trastornos por consumo de sustancias, en particular a los trastornos por consumo de alcohol.

Genéticos y fisiológicos. El juego patológico puede tener agregación familiar, y este efecto parece estar relacionado con factores genéticos y medioambientales. Los problemas de juego son más frecuentes en los gemelos monocigóticos que en los gemelos dicigóticos. Se ha observado que es más prevalente entre los familiares de primer grado de las personas con un trastorno por consumo de alcohol de moderado a grave que en la población general.

Modificadores del curso. Muchas personas, incluidos los adolescentes y los adultos jóvenes, resuelven el trastorno con el tiempo, a pesar de que los problemas previos con el juego son precisamente un fuerte predictor de futuros problemas con el juego.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las personas de culturas y grupos raciales/étnicos específicos tienen mayor tendencia a participar en algunos tipos de actividades de juego que otros (p. ej., el *pai gow*, las peleas de gallos, el *blackjack*, las carreras de caballos). Las tasas de prevalencia de juego patológico son más altas entre los afroamericanos que entre los estadounidenses de origen europeo, que tienen tasas similares a las de los hispanoamericanos. Las poblaciones indígenas tienen altas tasas de prevalencia de juego patológico.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los varones presentan tasas más elevadas de juego patológico que las mujeres, aunque esta brecha de género se podría estar estrechando. Los varones tienden a apostar en diferentes formas de juego en comparación con las mujeres, siendo los juegos de cartas, los deportes y las carreras de caballos más prevalentes entre los varones, y las máquinas tragaperras y el bingo más frecuentes entre las mujeres.

Consecuencias funcionales del juego patológico

El juego patológico puede afectar de manera adversa ciertas áreas del funcionamiento psicosocial y de la salud física y mental. Específicamente, las personas con este trastorno pueden poner en riesgo o perder importantes relaciones con los miembros de su familia o los amigos debido a su implicación en el juego. Estos problemas suelen ocurrir porque mienten repetidamente a los demás para ocultar la magnitud del problema o porque solicitan el dinero que utilizan para jugar o para pagar las deudas. Las actividades laborales o académicas se pueden ver igualmente afectadas; son frecuentes un pobre rendimiento en el trabajo o en la escuela y el absentismo, ya que los individuos pueden jugar durante las horas de trabajo o de formación o pueden estar preocupados por el juego o por sus consecuencias adversas cuando deberían estar trabajando o estudiando. Las personas con juego patológico tienen una salud general deteriorada y suelen hacer bastante uso de los servicios médicos.

Diagnóstico diferencial

Jugadores no problemáticos. El juego patológico debe distinguirse del juego social y profesional. En el juego profesional, los riesgos son limitados y la disciplina es fundamental. El juego social se produce normalmente con amigos o colegas y tiene una duración de tiempo limitado, con pérdidas aceptables. Algunas personas pueden experimentar problemas asociados con el juego (p. ej., el comportamiento de recuperación de las pérdidas y la falta de control a corto plazo) que no cumplen con todos los criterios para el juego patológico.

Episodio maníaco. La pérdida del juicio y el juego excesivo pueden aparecer durante un episodio maníaco. Debe realizarse un diagnóstico adicional de juego patológico sólo si el comportamiento de juego no se explica mejor por los episodios maníacos (p. ej., antecedentes de juego desadaptativo en momentos distintos al episodio maníaco). Por otra parte, un individuo con juego patológico puede mostrar, durante un período de juego, un comportamiento que se asemeja a un episodio maníaco, pero una vez que el individuo está lejos del contexto de juego, estos rasgos maníacos desaparecen.

Trastornos de la personalidad. Pueden aparecer problemas con los juegos de azar en las personas con un trastorno antisocial de la personalidad y con otros trastornos de la personalidad. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, pueden diagnosticarse ambos.

Otras afecciones médicas. Algunos pacientes que toman medicamentos dopaminérgicos (p. ej., para la enfermedad de Parkinson) pueden experimentar ansias por jugar. Si tales síntomas desaparecen cuando se retiran o reducen las dosis de estos medicamentos, el diagnóstico de juego patológico podría no estar indicado.

Comorbilidad

El juego patológico se asocia con una mala salud general. Además, algunos diagnósticos médicos específicos, como la taquicardia y la angina de pecho, son más frecuentes entre las personas con juego patológico que en la población general, incluso cuando se controla la variable de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo el trastorno por consumo de tabaco. Las personas con este trastorno presentan altos índices de comorbilidad con otros trastornos mentales, como los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad. En algunos individuos, otros trastornos mentales pueden preceder al juego patológico y permanecer ausentes o presentarse durante la manifestación del juego patológico. El juego patológico también puede aparecer antes de que debuten otros trastornos mentales, especialmente los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias.

<= Ir al Índice

Trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos (TNC) (a los que el DSM-IV se refiere como delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos) comienzan con el delirium, seguido de los síndromes del TNC mayor, el TNC leve y sus subtipos etiológicos. Los subtipos del TNC mayor y leve son: TNC debido a la enfermedad de Alzheimer, TNC vascular, TNC con cuerpos de Lewy, TNC debido a la enfermedad de Parkinson, TNC frontotemporal, TNC debido a lesión cerebral traumática, TNC debido a infección por VIH, TNC inducido por sustancias/medicamentos, TNC debido a la enfermedad de Huntington, TNC debido a enfermedad por priones, TNC debido a otra afección médica, TNC debido a múltiples etiologías y TNC no especificado. La categoría de los TNC engloba los trastornos en que el déficit clínico principal es de la función cognitiva y que son adquiridos y no del desarrollo. Aunque los déficits cognitivos están presentes en muchos, si no todos, los trastornos mentales (p. ej., esquizofrenia, trastornos bipolares), sólo se han incluido en la categoría de los TNC los trastornos cuyas características esenciales son cognitivas. Los TNC son aquellos en los que la disfunción cognitiva no ha estado presente desde el nacimiento o la infancia temprana y, por tanto, representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente.

Los TNC son únicos entre las categorías del DSM-5, puesto que son síndromes cuya patología subyacente, y a menudo también la etiología, podría en principio determinarse. Las diversas enfermedades subyacentes han sido objeto de amplia investigación, experiencia clínica y consenso de expertos en cuanto a los criterios diagnósticos. Los criterios del DSM-5 para estos trastornos han sido desarrollados a través de una estrecha colaboración con grupos de expertos en cada una de las patologías, y están lo más cercanos posible a los actuales criterios de consenso de cada una. También se aborda la utilidad potencial de los biomarcadores en relación al diagnóstico. La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como *trastorno neurocognitivo mayor*, aunque el uso del término *demencia* no se excluye en los subtipos etiológicos en los que el uso de este término es habitual. Además, el DSM-5 reconoce un nivel menos grave de disfunción cognitiva, el *trastorno neurocognitivo leve*, que también puede ser objeto de atención clínica y que en el DSM-IV se incluía como trastorno cognoscitivo no especificado. Se presentan los criterios diagnósticos de ambas entidades sindrómicas, tras los cuales aparecen los criterios diagnósticos de los diferentes subtipos etiológicos. A menudo coexisten varios TNC, y las relaciones entre ellos pueden caracterizarse bajo diferentes epígrafes del capítulo, incluyendo el diagnóstico diferencial (p. ej., TNC debido a la enfermedad de Alzheimer frente a TNC vascular), factores de riesgo y pronóstico (p. ej., patología vascular que aumenta la expresión clínica de la enfermedad de Alzheimer) o afecciones concomitantes (p. ej., patología mixta por enfermedad de Alzheimer-enfermedad vascular).

El término *demencia* se conserva en el DSM-5 para mantener la continuidad y puede utilizarse en aquellos ámbitos en los que médicos y pacientes estén acostumbrados a este término. Aunque demencia es el término utilizado habitualmente para trastornos como las demencias degenerativas que habitualmente afectan a las personas mayores, el término *trastorno neurocognitivo* se utiliza ampliamente y a menudo se prefiere para los trastornos que afectan a sujetos más jóvenes, como la disfunción secundaria a un traumatismo cerebral o a la infección por el VIH. Además, la definición de TNC mayor es algo más amplia que la del término *demencia*, ya que los individuos con un declive sustancial en un único dominio pueden recibir este diagnóstico, en particular la categoría DSM-IV de Trastorno amnésico, que ahora se diagnosticaría como TNC mayor debido a otra afección médica y para la cual no se utilizaría el término *demencia*.

<= Ir a la Clasificación

Dominios neurocognitivos

Todos los criterios de los distintos trastornos neurocognitivos se basan en dominios cognitivos definidos. La Tabla 1 ofrece una definición de trabajo de cada uno de los dominios clave, algunos ejemplos de síntomas u observaciones sobre problemas en las actividades cotidianas y ejemplos de evaluaciones. Una vez definidos, los dominios, junto con las directrices sobre umbrales clínicos, constituyen la base sobre la que diagnosticar los trastornos neurocognitivos, sus niveles y sus subtipos.

TABLA 1 Dominios cognitivos

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Atención compleja (atención continua, atención dividida, atención selectiva, velocidad de procesado)	*Mayor:* Tiene importantes dificultades en entornos con múltiples estímulos (TV, radio, conversaciones); cualquier cosa que suceda en su entorno le distrae fácilmente. Incapaz de atender a menos que los impulsos de entrada sean limitados y simplificados. Tiene dificultades para retener la información nueva, como recordar números de teléfono o direcciones que le acaban de dar, o explicar lo que se acaba de decir. Incapaz de hacer cálculos mentales. Invierte más tiempo del habitual en pensar, se le han de simplificar los componentes por procesar a uno o pocos. *Leve:* Tarda más que antes en hacer las tareas normales. Empieza a encontrar errores en las tareas rutinarias, descubre que el trabajo necesita más comprobaciones que antes. Puede pensar mejor cuando no le distraen otras cosas (radio, TV, otras conversaciones, teléfono móvil, conducir).	*Atención continua:* Mantenimiento de la atención a lo largo del tiempo (p. ej., pulsando un botón cada vez que oye una señal acústica o durante un período de tiempo). *Atención selectiva:* Mantiene la atención a pesar de los estímulos externos y los factores de distracción: debe escuchar cifras y letras que se leen, pero se le pide que cuente sólo las letras. *Atención dividida:* Realizar dos tareas al mismo tiempo: dar golpecitos rápidos a la vez que se aprende una narración que se lee. La velocidad de procesado de cualquier tarea se puede cuantificar cronometrándola (p. ej., tiempo para agrupar bloques de un tipo determinado, tiempo para asociar símbolos con números, velocidad de respuesta, como la velocidad con que se cuenta o en series de tres velocidades).
Función ejecutiva (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, respuesta a la retroinformación o corrección de errores, inhibición/hábitos predominantes, flexibilidad mental)	*Mayor:* Abandona proyectos complejos. Se tiene que centrar en una tarea cada vez. Tiene que fiarse de otros para planificar las actividades instrumentales de la vida cotidiana o tomar decisiones. *Leve:* Necesita un esfuerzo mayor para acabar proyectos de varias fases. Tiene grandes dificultades con la multitarea o dificultades para retomar una tarea interrumpida por una visita o una llamada telefónica. Se queja de una mayor fatiga provocada por el esfuerzo adicional necesario para organizarse, planificarse y tomar decisiones. A veces dice que las grandes reuniones sociales son más agotadoras o las disfruta poco a causa del gran esfuerzo necesario para seguir las distintas conversaciones.	*Planificación:* Puede encontrar la salida de un laberinto, interpretar una secuencia de imágenes o una disposición de objetos. *Toma de decisiones:* Realización de tareas que valoran el proceso de decisión ante alternativas diversas (p. ej., apuestas simuladas). *Memoria de trabajo:* Capacidad para retener la información durante un período de tiempo breve y manipularla (p. ej., sumar una lista de números o repetir una serie de números o de palabras hacia atrás). *Retroalimentación/utilización de los errores:* Capacidad de aprovechar la retroalimentación para deducir las reglas para resolver un problema. *Inhibición o hábitos predominantes:* Capacidad para escoger una solución más compleja y que requiere más esfuerzo para ser correcta (p. ej., mirar en la dirección contraria a la que indica una flecha, decir el color de las letras de una palabra en lugar de la propia palabra). *Flexibilidad mental o cognitiva:* Capacidad para alternar entre dos conceptos, tareas o reglas de respuesta (p. ej., de números a letras, de respuesta verbal a pulsar una tecla, de sumar números a ordenarlos, de ordenar objetos por tamaño a ordenarlos por color).

TABLA 1 Dominios cognitivos *(Cont.)*

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Aprendizaje y memoria (memoria inmediata, memoria reciente [incluidos el recuerdo libre, el recuerdo evocado y la memoria de reconocimiento], memoria a muy largo plazo [semántica, autobiográfica], aprendizaje implícito)	*Mayor:* Se repite en una conversación, a menudo dentro de la misma conversación. No es capaz de seguir una lista breve de artículos para comprar o de planes para el día. Necesita recordatorios frecuentes que le orienten en la tarea que está haciendo. *Leve:* Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes y cada vez depende más de las listas o el calendario. Necesita recuerdos ocasionales o repasos para reconocer los personajes de la película o una novela. Ocasionalmente puede repetirse durante unas semanas con la misma persona. Se olvida de qué facturas están ya pagadas. **Nota:** Excepto en las formas graves de trastorno neurocognitivo marcado, las memorias semántica, autobiográfica e implícita se conservan relativamente bien, comparadas con la memoria reciente.	*Memoria inmediata:* Capacidad para repetir una lista de palabras o de números. **Nota:** A veces la memoria inmediata se incluye en la Memoria de trabajo (véase Función ejecutiva). *Memoria reciente:* Valora el proceso de codificar información nueva (p. ej., listas de palabras, una narración breve o un diagrama). Los aspectos de la memoria reciente que se pueden comprobar son: 1) el recuerdo libre (se pide a la persona que recuerde el máximo número posible de palabras, diagramas o elementos de una narración), 2) el recuerdo evocado (el examinador ayuda a recordar ofreciendo pistas como "Señala los productos alimenticios de la lista" o "Nombra a todos los niños de la narración"), y 3) memoria de reconocimiento (el examinador pregunta cosas concretas, p. ej., "¿Estaba la palabra 'manzana' en la lista?" o "¿Has visto este diagrama o este dibujo?". Otros aspectos de la memoria que pueden evaluarse son la memoria semántica (recuerdos de hechos), la memoria autobiográfica (recuerdos de episodios personales o de personas) y el aprendizaje implícito (de procedimientos, aprendizaje inconsciente de habilidades).
Lenguaje (lenguaje expresivo [incluye nombrar cosas, encontrar palabras, fluidez, gramática y sintaxis] y lenguaje receptivo)	*Mayor:* Tiene dificultades significativas con el lenguaje expresivo o receptivo. A menudo utiliza términos generales como "eso" o "ya sabes a lo que me refiero" y prefiere los pronombres personales a los nombres. Cuando el trastorno es grave, puede que no recuerde ni los nombres de los amigos íntimos o de la familia. Puede mostrar tanto un uso idiosincrásico de las palabras, como errores gramaticales, lenguaje espontáneo o economía del habla. Estereotipia del habla, ecolalia y habla automática, que acostumbran a preceder al mutismo. *Leve:* Tiene claras dificultades para encontrar las palabras. A veces sustituye los términos generales por otros específicos. A veces evita usar nombres concretos de personas conocidas. Los errores gramaticales consisten en omisiones sutiles o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.	*Lenguaje expresivo:* Nombres confrontados (identificación de objetos o imágenes), fluidez (p. ej., citar el máximo número posible de elementos de una categoría semántica [p. ej., animales] o fonémica [p. ej., palabras que empiecen por F] en 1 minuto). *Gramática y sintaxis (omisiones o usos incorrectos de artículos, preposiciones, verbos auxiliares, etc.):* los errores observados durante las pruebas de nombres y de fluidez se comparan con los valores normales para valorar la frecuencia de los errores y compararla con los lapsus línguae. *Lenguaje receptivo:* Comprensión (definición de palabras y señalar objetos con estímulos animados e inanimados): realizar acciones o actividades según órdenes verbales.

TABLA 1 Dominios cognitivos *(Cont.)*

Dominio cognitivo	Ejemplos de síntomas u observaciones	Ejemplos de evaluaciones
Habilidades perceptuales motoras (incluye las habilidades denominadas con los términos *percepción visual, habilidades visoconstructivas, perceptuales motoras, praxis y gnosis)*	*Mayor:* Tiene dificultades significativas con actividades que antes le eran familiares (utilizar herramientas, conducir), desenvolverse en entornos familiares, a menudo más confuso en la penumbra, cuando las sombras y la luz escasa alteran la percepción. *Leve:* Suele depender más de los mapas o de otra gente para encontrar direcciones. Utiliza notas y sigue a otros para llegar a un sitio nuevo. A veces se pierde o da vueltas cuando no se concentra en una tarea. Es menos preciso al aparcar. Tiene que hacer un esfuerzo mayor en las tareas espaciales, como carpintería, montar cosas, coser o hacer punto.	*Percepción visual:* Se puede recurrir a tareas de bisección con líneas para detectar defectos visuales básicos o falta de atención. Tareas de percepción sin movilidad (como el reconocimiento facial) que requieran la identificación o la coincidencia de imágenes; mejor si no pueden expresarse verbalmente (p. ej., las imágenes no son objetos); algunas requieren la decisión de si una figura puede ser "real" o no en función de sus dimensiones. *Habilidad visoconstructiva:* Construcción de elementos que requieren una coordinación entre las manos y la vista, como dibujar, copiar o hacer construcciones de bloques. *Habilidades perceptuales motoras:* Integrar la percepción con un movimiento que tenga una finalidad (p. ej., insertar bloques en un tablero de formas sin ayudas visuales, insertar rápidamente unos palitos en un tablero perforado). *Praxis:* Integridad de movimientos aprendidos, como la capacidad de imitar gestos (decir adiós) o el uso de objetos a demanda ("Muéstrame cómo usarías un martillo"). *Gnosis:* Integridad perceptual de la conciencia y el reconocimiento, como reconocimiento de caras y colores.
Reconocimiento social (reconocimiento de emociones, teoría de la mente)	*Mayor:* Comportamientos claramente alejados de lo socialmente aceptable, muestra insensibilidad ante las normas sociales de corrección en el vestir o en los temas de conversación políticos, religiosos o sexuales. Se centra excesivamente en un tema a pesar de la falta de interés del grupo o aunque se lo digan directamente. Intenciones y comportamientos sin tener en cuenta a la familia ni a los amigos. Toma decisiones sin tener en cuenta la seguridad (p. ej., vestimenta inadecuada para el tiempo o la situación social). Habitualmente presta poca atención a estos cambios. *Leve:* Presenta cambios sutiles de comportamiento o de actitud, a menudo descritos como un cambio de personalidad, como una menor capacidad para identificar claves sociales o leer expresiones faciales, menor empatía, mayor extraversión o introversión, menor inhibición, o apatía o nerviosismo sutiles o episódicos.	*Reconocimiento de emociones:* Identificación de la emoción en imágenes de caras que representan diversas emociones tanto positivas como negativas. *Teoría de la mente:* Capacidad para considerar el estado mental de otra persona (pensamientos, deseos, intenciones) o su experiencia; fichas con preguntas para obtener información sobre el estado mental del individuo retratado, como por ejemplo, "¿Dónde buscará la niña el bolso perdido?" o "¿Por qué está triste el niño?".

Delirium

Criterios diagnósticos

A. Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
B. La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
C. Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
D. Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
E. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen datos indicando que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.

Especificar si:

Delirium por intoxicación por sustancias: Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Nota de codificación: En la tabla siguiente se indican los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para el delirium por intoxicación [sustancia específica]. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno por consumo concurrente de una sustancia de la misma clase. Si existe algún trastorno concurrente leve por consumo de una sustancia junto con el delirium por intoxicación con la sustancia, el carácter en 4ª posición será "1", y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo [de sustancia]" delante del delirium por intoxicación con la sustancia (p ej., trastorno leve por consumo de cocaína con delirium por intoxicación inducido por la cocaína). Si existe un trastorno concurrente moderado o grave por consumo de una sustancia junto con el delirium por intoxicación con la sustancia, el carácter en 4ª posición será "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo [de sustancia]" o "trastorno grave por consumo [de sustancia]", dependiendo de la gravedad del trastorno concurrente por consumo de una sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), entonces el carácter en 4ª posición será "9", y el clínico solamente hará constar el delirium por intoxicación con la sustancia.

		ICD-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Otro alucinógeno	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Inhalante	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Opiáceo	292.81	F11.121	F11.221	F11.921

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Anfetamina (u otro estimulante)	292.81	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Otra sustancia (o sustancia desconocida)	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

Delirium por abstinencia de sustancia: Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Codificar delirium por abstinencia de [sustancia específica]: **291.0 (F10.231)** alcohol; **292.0 (F11.23)** opiáceo; **292.0 (F13.231)** sedante, hipnótico o ansiolítico; **292.0 (F19.231)** otra sustancia o medicamento (o sustancia o medicamento desconocido).

Delirium inducido por medicamento: Este diagnóstico se aplica cuando los síntomas de los Criterios A y C surgen como efecto secundario de un medicamento tomado con receta.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para un delirium inducido por [medicamento específico] es **292.81**. El código CIE-10-MC dependerá del tipo de medicamento. Si el medicamento es un opiáceo tomado como se ha recetado, el código es **F11.921**. Si el medicamento es un sedante, hipnótico o ansiolítico tomado como se ha recetado, el código es **F13.921**. Si el medicamento es una sustancia anfetamínica u otro estimulante tomado como se ha recetado, el código es **F15.921**. Para los medicamentos que no pueden incluirse en ninguna de estas clases (p. ej., dexametasona) y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica, el código es **F19.921**.

293.0 (F05) Delirium debido a otra afección médica: En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración puede atribuirse a una consecuencia fisiológica de otra afección médica.

Nota de codificación: Incluya el nombre de la otra afección médica en el nombre del delirium (p. ej., 293.0 [F05] delirium debido a una encefalopatía hepática). La otra afección médica también se debe codificar y citar por separado inmediatamente antes del delirium debido a ella (p. ej., 572.2 [K72.90] encefalopatía hepática; 293.0 [F05] delirium debido a una encefalopatía hepática).

293.0 (F05) Delirium debido a etiologías múltiples: En la anamnesis, en la exploración física o en los análisis clínicos se obtienen evidencias de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una afección médica etiológica, otra afección médica más una intoxicación por una sustancia o un efecto secundario de un medicamento).

Nota de codificación: Utilice varios códigos separados para indicar las etiologías específicas del delirium (p. ej., 572.2 [K72.90] encefalopatía hepática; 293.0 [F05] delirium debido a una insuficiencia hepática; 291.0 [F10.231] delirium por abstinencia alcohólica). Obsérvese que la afección médica etiológica aparece tanto con un código separado que precede al código del delirium, como citada en el delirium a causa de otra afección médica.

Especificar si:

Agudo: Dura unas horas o días.

Persistente: Dura semanas o meses.

Especificar si:

Hiperactivo: El individuo tiene un nivel hiperactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de humor lábil, agitación o rechazo a cooperar con su asistencia médica.

Hipoactivo: El individuo tiene un nivel hipoactivo de actividad psicomotora que puede ir acompañado de lentitud y aletargamiento próximos al estupor.

Nivel de actividad mixto: El individuo tiene un nivel normal de actividad psicomotora aunque la atención y la percepción estén alteradas. También incluye individuos cuyo nivel de actividad fluctúa rápidamente.

Procedimientos de registro

Delirium por intoxicación por sustancias

CIE-9-MC. El nombre del delirium por intoxicación con una sustancia o medicamento comienza con la sustancia específica que se supone que es la causante del delirium (p. ej., cocaína, dexametasona). El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia" y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combina en un mismo código el delirium por intoxicación con una sustancia o medicamento y el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de un delirium por intoxicación, agudo e hiperactivo, en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es 292.81 delirium por intoxicación con cocaína, agudo, hiperactivo. También se hace constar un diagnóstico adicional 304.20 trastorno grave por consumo de cocaína. Si el delirium por intoxicación sucede sin que exista un trastorno concurrente por consumo de sustancia (es decir, después de un consumo importante puntual de una sustancia), no se anota ningún trastorno concurrente por consumo de sustancia (p. ej., 292.81 delirium por intoxicación con fenciclidina, agudo, hipoactivo).

CIE-10-MC. El nombre del delirium por intoxicación con sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., cocaína, dexametasona) que se supone que es la causante del delirium. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases (p. ej., dexametasona), se utilizará el código "otra sustancia" y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra "con", seguida del nombre del delirium por intoxicación de sustancias, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium por intoxicación, agudo e hiperactivo, en un individuo con un trastorno grave por consumo de cocaína, el diagnóstico es F14.221 trastorno grave por consumo de cocaína con delirium por intoxicación con cocaína, agudo, hiperactivo. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de cocaína. Si el delirium por intoxicación se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (es decir, después de un consumo importante puntual de la sustancia), no se hace constar el trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F16.921 delirium por intoxicación con fenciclidina, agudo, hipoactivo).

Delirium por abstinencia de sustancias

CIE-9-MC. El nombre del delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol). El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de

criterios. El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). A diferencia del método de registro de la CIE-10-MC, que combina en un único código el delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento con el trastorno por consumo de una sustancia, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico distinto para el trastorno por consumo de la sustancia. Por ejemplo, en el caso de un delirium por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería 291.0 delirium por trastorno grave por consumo de alcohol, agudo e hiperactivo. También se añade un diagnóstico adicional de 303.90 trastorno grave por consumo de alcohol.

CIE-10-MC. El nombre del delirium por abstinencia de una sustancia o medicamento empieza con la sustancia específica que se supone que está provocándolo (p. ej., alcohol). El código diagnóstico se escoge de los códigos específicos de cada sustancia incluidos en la nota de codificación del conjunto de criterios. Cuando se registra el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo moderado o grave de la sustancia (si existe), seguido de la palabra "con", seguida del nombre del delirium por abstinencia de la sustancia, seguida por el curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium por abstinencia agudo e hiperactivo que sucediera en un hombre con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico sería F10.231 trastorno grave por consumo de alcohol con delirium por abstinencia alcohólica, agudo e hiperactivo. No se indica un diagnóstico separado para el trastorno grave por consumo de alcohol.

Delirium inducido por medicamentos. El nombre del delirium por intoxicación con un medicamento empieza con la sustancia específica que se considera la causante del delirium (p. ej., dexametasona). El nombre del trastorno va seguido del curso (es decir, agudo, persistente) y por el especificador que indica el nivel de actividad psicomotora (es decir, hiperactivo, hipoactivo, nivel de actividad mixto). Por ejemplo, en el caso de un delirium inducido por un medicamento, agudo e hiperactivo, que apareciera en un hombre tratado con dexametasona como se le ha recetado, el diagnóstico es 292.81 (F19.921) delirium inducido por dexametasona, agudo e hiperactivo.

Especificadores

En cuanto al curso, en el ámbito hospitalario, el delirium habitualmente dura alrededor de una semana, pero a menudo persisten algunos síntomas incluso tras el alta hospitalaria de los individuos.

Los individuos con delirium pueden alternar rápidamente entre estados de hiperactividad y de hipoactividad. El estado hiperactivo puede ser más común o reconocerse con más frecuencia, y a menudo se asocia con efectos secundarios de la medicación y con la abstinencia de sustancias. El estado hipoactivo puede ser más frecuente en las personas mayores.

Características diagnósticas

La característica esencial del delirium es una alteración de la atención o de la conciencia acompañada de un cambio cognitivo con respecto a la situación basal que no se explica mejor por un trastorno neurocognitivo (TNC) preexistente o en curso. La alteración de la atención (Criterio A) se manifiesta por una disminución de la capacidad para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención. Las preguntas deben ser repetidas porque la atención del individuo se distrae o el individuo puede perseverar, respondiendo a la pregunta anterior en lugar de hacer el cambio de atención apropiado. El individuo se distrae con facilidad por estímulos irrelevantes. La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la orientación relativa al entorno y en ocasiones incluso a sí mismo.

La alteración aparece en poco tiempo, habitualmente en unas horas o pocos días, y tiende a fluctuar a lo largo del día, a menudo empeorando por las tardes y noches, cuando se reducen los estímulos externos para orientarse (Criterio B). Hay evidencia a partir de la anamnesis, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que la alteración es consecuencia fisiológica directa de una afección médica subyacente, de una intoxicación o un síndrome de abstinencia por una sustancia, del uso de un medicamento, de una exposición a una toxina o de una combinación de estos factores (Criterio E). La etiología debe codificarse de acuerdo al subtipo etiológico apropiado (es decir, intoxicación por sustancias o

medicamentos, abstinencia de sustancias, otra afección médica o múltiples etiologías). El delirium a menudo aparece en el contexto de un TNC subyacente. La afectación del funcionamiento cerebral que presentan los sujetos con TNC los hace más vulnerables al delirium.

Se acompaña de un cambio en al menos una área cognitiva adicional, como alteración de la memoria y el aprendizaje (en especial la memoria reciente), desorientación (especialmente en tiempo y espacio), alteraciones del lenguaje, distorsiones perceptivas o una alteración perceptivo-motriz (Criterio C). Las alteraciones de la percepción que acompañan al delirium incluyen malinterpretaciones, ilusiones o alucinaciones; estas alteraciones son típicamente visuales, pero también pueden aparecer en otras modalidades y oscilar de simples y uniformes a altamente complejas. La atención/conciencia normal, el delirium y el coma se encuentran en un continuo, definiéndose el coma como la ausencia de respuesta a estímulos verbales. La capacidad para evaluar la cognición al diagnosticar un delirium depende de que haya un nivel de conciencia suficiente para responder a estímulos verbales; así pues, el delirium no debe ser diagnosticado en el contexto de un coma (Criterio D). Muchos pacientes que no están en coma tienen un nivel de conciencia disminuido. Los pacientes que muestran sólo respuestas mínimas a los estímulos verbales no son capaces de colaborar con los intentos de realizar pruebas estandarizadas o incluso una entrevista. Esta incapacidad para colaborar debe ser clasificada como inatención grave. Los estados de bajo nivel de conciencia (de inicio agudo) deben reconocerse como indicativos de inatención grave y cambio cognitivo, y por tanto de delirium. Son clínicamente indistinguibles del delirium diagnosticado en base a la inatención y el cambio cognitivo descubiertos con las pruebas cognitivas y la entrevista.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El delirium a menudo se asocia a alteraciones del ciclo de sueño-vigilia. Esta alteración puede incluir somnolencia diurna, agitación nocturna, dificultades para conciliar el sueño, excesiva somnolencia a lo largo del día o vigilia a lo largo de la noche. En algunos casos puede aparecer una inversión completa del ciclo de sueño-vigilia noche-día. Las alteraciones del ciclo de sueño-vigilia son muy comunes en el delirium y han sido propuestas como un criterio esencial del diagnóstico.

El individuo con delirium puede presentar alteraciones emocionales, como ansiedad, temor, depresión, irritabilidad, enfado, euforia o apatía. Puede haber cambios rápidos e impredecibles de un estado emocional a otro. La alteración del estado emocional también puede hacerse evidente mediante gritos, chillidos, insultos, murmullos, gemidos u otros ruidos. Estos comportamientos son especialmente prevalentes por la noche y en las situaciones de ausencia de estimulación y de señales ambientales.

Prevalencia

La mayor prevalencia de delirium se da entre los individuos ancianos hospitalizados y varía en función de las características del individuo, del ámbito de tratamiento y de la sensibilidad del método de detección. La prevalencia global del delirium en la comunidad es baja (1–2 %) pero aumenta con la edad, llegando al 14 % entre los individuos de más de 85 años. La prevalencia es del 10–30 % en los individuos ancianos que acuden a los servicios de urgencias, donde el delirium a menudo indica una enfermedad médica.

Cuando los individuos ingresan en el hospital, la prevalencia del delirium oscila entre el 14 y el 24 %, y las estimaciones de la incidencia del delirium que aparece durante el ingreso oscilan entre el 6 y el 56 % entre las poblaciones hospitalarias generales. El delirium aparece en hasta el 60 % de los individuos que están en residencias o en dispositivos de cuidados subagudos y en hasta el 83 % de los individuos al final de su vida.

Desarrollo y curso

Mientras que la mayoría de los individuos con delirium presenta una recuperación completa con o sin tratamiento, la identificación e intervención temprana habitualmente reduce la duración del deli-

rium. El delirium puede progresar a estupor, coma, convulsiones y muerte, en especial si no se trata la causa subyacente. La mortalidad entre los individuos hospitalizados con delirium es elevada. Hasta el 40 % de los individuos con delirium, en especial aquellos con neoplasias malignas y otras enfermedades médicas significativas de base, fallece en el primer año tras el diagnóstico.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El delirium puede aumentar en los contextos de deterioro funcional, inmovilidad, antecedentes de caídas, niveles de actividad bajos y uso de drogas y medicamentos con propiedades psicoactivas (en especial, alcohol y anticolinérgicos).

Genéticos y fisiológicos. Tanto el TNC mayor como el leve pueden aumentar el riesgo de delirium y complicar el curso. Los individuos ancianos son especialmente vulnerables al delirium en comparación con los adultos más jóvenes. La susceptibilidad al delirium en la primera infancia y a lo largo de la niñez puede ser mayor que en la edad adulta temprana y mediana. En la infancia, el delirium puede estar relacionado con enfermedades febriles y con ciertos medicamentos (p. ej., anticolinérgicos).

Marcadores diagnósticos

Además de los hallazgos de laboratorio característicos de las afecciones médicas subyacentes (o de los estados de intoxicación o abstinencia), a menudo hay una ralentización generalizada del electroencefalograma y en ocasiones aparece actividad rápida (p. ej., en algunos casos de delirium por abstinencia de alcohol). Sin embargo, la electroencefalografía no es suficientemente sensible ni específica para el diagnóstico.

Consecuencias funcionales del delirium

El delirium en sí se asocia a un mayor declive funcional y un mayor riesgo de institucionalización. Los individuos hospitalizados de 65 años o más con delirium tienen 3 veces más riesgo que los pacientes hospitalizados sin delirium de ser trasladados a una residencia, y alrededor de 3 veces más declive funcional tanto al alta como 3 meses después.

Diagnóstico diferencial

Trastornos psicóticos y trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas. El delirium que se caracteriza por alucinaciones vívidas, delirios, alteraciones del lenguaje y agitación debe distinguirse del trastorno psicótico breve, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme y otros trastornos psicóticos, y también de los trastornos bipolares y depresivos con características psicóticas.

Trastorno de estrés agudo. El delirium asociado a temor, ansiedad o síntomas disociativos, como la despersonalización, debe distinguirse del trastorno de estrés agudo, que está precipitado por la exposición a un acontecimiento traumático grave.

Simulación y trastorno facticio. El delirium puede distinguirse de estos trastornos en base a la presentación a menudo atípica que aparece en la simulación y el trastorno facticio, y a la ausencia de otra afección médica o sustancia etiológicamente relacionada con la aparente alteración cognitiva.

Otros trastornos neurocognitivos. El problema más común en el diagnóstico diferencial de la confusión en los ancianos es distinguir los síntomas del delirium de los de la demencia. El clínico debe determinar si el individuo tiene un delirium, un delirium superpuesto a una TNC preexistente, como el debido a la enfermedad de Alzheimer, o un TNC sin delirium. La tradicional distinción entre el delirium y la demencia en base a lo agudo del inicio y al curso temporal es especialmente difícil en los ancianos que ya tienen un TNC previo no diagnosticado o que desarrollan deterioro cognitivo persistente tras un episodio de delirium.

Otro delirium especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del delirium ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos. La categoría de otro delirium especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico desea comunicar el motivo específico por el que el cuadro clínico no cumple los criterios de ningún delirium ni ningún trastorno neurocognitivo especifico. Se anota "Otro delirium especificado" seguido del motivo específico (p. ej., Delirium atenuado).

Un ejemplo de un cuadro clínico que puede especificarse utilizando la designación de "otro especificado" es el siguiente:

Delirium atenuado: Este síndrome se aplica en los casos de delirium en que la gravedad del trastorno cognitivo se queda corto con respecto a lo que exige el diagnóstico, o bien cumple algunos de los criterios diagnósticos del delirium pero no todos.

Delirium no especificado

780.09 (R41.0)

Esta categoría se aplica a los cuadros clínicos en los que predominan los síntomas característicos de un delirium que provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios del delirium ni de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos. La categoría de delirium no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de delirium, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en las salas de urgencias).

Trastornos neurocognitivos mayores y leves

Trastorno neurocognitivo mayor

Criterios diagnósticos

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:
   1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
   2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

<= Ir a la Clasificación

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer (págs. 611-614)
Degeneración del lóbulo frontotemporal (págs. 614-618)
Enfermedad por cuerpos de Lewy (págs. 618-621)
Enfermedad vascular (págs. 621-624)
Traumatismo cerebral (págs. 624-627)
Consumo de sustancia o medicamento (págs. 627-632)
Infección por VIH (págs. 632-634)
Enfermedad por priones (págs. 634-636)
Enfermedad de Parkinson (págs. 636-638)
Enfermedad de Huntington (págs. 638-641)
Otra afección médica (págs. 641-642)
Etiologías múltiples (págs. 642-643)
No especificado (pág. 643)

Nota de codificación: Código basado en una etiología médica o de una sustancia. En algunos casos existe la necesidad de usar un código adicional para un problema médico etiológico, que debe preceder inmediatamente al código del diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor, como se muestra a continuación:

Subtipo etiológico	Código médico etiológico asociado al trastorno neurocognitivo mayor[a]	Código del trastorno neurocognitivo mayor[b]	Código del trastorno neurocognitivo leve[c]
Enfermedad de Alzheimer	331.0 (G30.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad de Alzheimer.)
Degeneración del lóbulo fronto-temporal	331.19 (G31.09)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la degeneración frontotemporal.)
Enfermedad por cuerpos de Lewy	331.82 (G31.83)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad por cuerpos de Lewy.)
Enfermedad vascular	Sin código médico adicional	290.40 (F01.5x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad vascular.)
Traumatismo cerebral	907.0 (S06.2X9S)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para el traumatismo cerebral.)
Intoxicación por sustancias o medicamentos	Sin código médico adicional	Código basado en el tipo de sustancia causante del trastorno neurocognitivo mayor[c, d]	Código basado en el tipo de sustancia causante del trastorno neurocognitivo leve[d]

Subtipo etiológico	Código médico etiológico asociado al trastorno neurocognitivo mayor[a]	Código del trastorno neurocognitivo mayor[b]	Código del trastorno neurocognitivo leve[c]
Infección por VIH	042 (B20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la infección por VIH.)
Enfermedad por priones	046.79 (A81.9)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para una enfermedad por priones.)
Enfermedad de Parkinson	332.0 (G20)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad de Parkinson.)
Enfermedad de Huntington	333.4 (G10)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar un código adicional para la enfermedad de Huntington.)
Debido a otra afección médica	Codificar primero la otra afección médica (p. ej., 340 [G35] esclerosis múltiple)	294.1x (F02.8x)	331.83 (G31.84) (No usar códigos adicionales para las presuntas afecciones médicas etiológicas.)
Debido a etiologías múltiples	Codificar primero todas las afecciones médicas etiológicas (con excepción de la enfermedad vascular)	294.1x (F02.8x) (Más el código correspondiente de los trastornos neurocognitivos mayores inducidos por una sustancia o medicación, si la sustancia o la medicación tienen algún papel en la etiología.)	331.83 (G31.84) (Más el código correspondiente de los trastornos neurocognitivos leves inducidos por una sustancia o medicación, si la sustancia o la medicación tienen algún papel en la etiología. No usar códigos adicionales para las presuntas afecciones médicas etiológicas.)
Trastorno neurocognitivo no especificado	Sin código médico adicional	799.59 (R41.9)	799.59 (R41.9)

[a]Codificar en primer lugar, antes del código del trastorno neurocognitivo mayor.
[b]Codificar el quinto carácter en función del especificador sintomático: .x0 sin alteración del comportamiento; x1 con alteración del comportamiento (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).
[c]**Nota:** La alteración del comportamiento no puede codificarse pero aún así debería indicarse por escrito.
[d]Véase Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos.

Especificar:

Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento *(especificar la alteración):* Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (p. ej., tareas del hogar, gestión del dinero).

Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).

Grave: Totalmente dependiente.

Trastorno neurocognitivo leve

Criterios diagnósticos

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
2. Un deterioro moderado del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer (págs. 611-614)
Degeneración del lóbulo frontotemporal (págs. 614-618)
Enfermedad por cuerpos de Lewy (págs. 618-621)
Enfermedad vascular (págs. 621-624)
Traumatismo cerebral (págs. 624-627)
Consumo de sustancia o medicamento (págs. 627-632)
Infección por VIH (págs. 632-634)
Enfermedad por priones (págs. 634-636)
Enfermedad de Parkinson (págs. 636-638)
Enfermedad de Huntington (págs. 638-641)
Otra afección médica (págs. 641-642)
Etiologías múltiples (págs. 642-643)
No especificado (pág. 643)

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo leve debido a cualquiera de las etiologías médicas citadas, aplicar el código **331.83 (G31.84).** *No* usar códigos adicionales para las supuestas afecciones médicas etiológicas. Para un trastorno neurocognitivo leve inducido por una sustancia o un medicamento, aplicar el código en base al tipo de sustancia. Véase Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancia/medicamento. Para un trastorno neurocognitivo leve no especificado aplicar el código **799.59 (R41.9).**

Especificar:

Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.

Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Subtipos

Los trastornos neurocognitivos (TNC) mayor y leve se clasifican en subtipos fundamentalmente en base a las entidades etiológicas/patológicas que se sabe o se presume que subyacen en el declive cognitivo. Estos subtipos se distinguen debido a una combinación del curso temporal, los dominios afectados de manera característica y los síntomas asociados. Para determinados subtipos etiológicos, el diagnóstico depende sustancialmente de la presencia de una entidad potencialmente causal, como las enfermedades de Parkinson o de Huntington, una lesión cerebral traumática o un ictus en un período temporalmente acorde. Para otros subtipos etiológicos (generalmente las enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, la degeneración del lóbulo frontotemporal y la enfermedad por cuerpos de Lewy), el diagnóstico se basa fundamentalmente en los síntomas cognitivos, comportamentales y funcionales. La distinción entre estos síndromes que no tienen una entidad etiológica independiente conocida típicamente está más clara a nivel del TNC mayor que del TNC leve, pero a veces los síntomas característicos y las características asociadas también están presentes en las formas leves del TNC.

A menudo los TNC son manejados por clínicos de múltiples disciplinas. Para muchos de los subtipos, hay grupos multidisciplinares de expertos internacionales que han desarrollado criterios de consenso especializados basados en la correlación clinicopatológica con la patología cerebral subyacente. Los criterios de los subtipos que aquí se presentan concuerdan con esos criterios de expertos.

Especificadores

Hay pruebas de que los TNC tienen características comportamentales distintas, en especial en cuanto a síntomas psicóticos y depresión. Las características psicóticas son comunes en muchos TNC, en especial en las fases leves a moderadas del TNC debido a la enfermedad de Alzheimer, a la enfermedad por cuerpos de Lewy y a la degeneración del lóbulo frontotemporal. La paranoia y otros delirios son características comunes y, a menudo, la temática persecutoria puede constituir un aspecto prominente de la ideación delirante. A diferencia de los trastornos psicóticos de inicio más temprano (p. ej., la esquizofrenia), la desorganización del discurso y del comportamiento no son características de la psicosis de los TNC. Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier modalidad, aunque las alucinaciones visuales son más comunes en los TNC que en los trastornos depresivos, bipolares o psicóticos.

Pueden aparecer alteraciones del ánimo, como depresión, ansiedad y euforia. La depresión es común al inicio del curso clínico (también en el TNC leve) en el TNC debido a enfermedad de Alzheimer y a enfermedad de Parkinson, mientras que la euforia puede aparecer con más frecuencia en la degeneración del lóbulo frontotemporal. Cuando aparece un síndrome afectivo completo que cumple los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo o bipolar, se debe codificar también ese diagnóstico. Cada vez están más reconocidos los síntomas del estado de ánimo como característica significativa en las fases iniciales de los TNC leves, siendo importantes su identificación y la intervención clínica.

La agitación es común en una amplia variedad de TNC, en especial en el TNC mayor de gravedad moderada a grave, y a menudo aparece en un contexto de confusión o frustración. Puede presentarse en forma de comportamientos combativos, en especial como resistencia a las tareas de los cuidadores, como el baño o el vestido. La agitación se describe como una actividad motora o verbal perturbadora y tiende a aparecer en etapas avanzadas del deterioro cognitivo en todos los TNC.

Los individuos con TNC pueden presentar una amplia variedad de síntomas comportamentales que son objeto de tratamiento. La alteración del sueño es un síntoma común que puede requerir atención clínica, pudiendo incluir síntomas de insomnio, hipersomnia y alteraciones del ritmo circadiano.

La apatía es común en los TNC leve y mayor. Se observa en especial en el TNC debido a enfermedad de Alzheimer y puede ser una característica prominente del TNC debido a degeneración del lóbulo frontotemporal. La apatía se caracteriza normalmente por una disminución de la motivación y de los comportamientos a propósito, acompañada de una disminución de la reactividad emocional. Los síntomas de la apatía pueden manifestarse de manera temprana en el curso de los TNC, cuando puede observarse una pérdida de la motivación para realizar las actividades diarias o las aficiones.

Otros síntomas comportamentales importantes incluyen la deambulación sin objetivo, la desinhibición, la hiperfagia y la acumulación. Algunos de estos síntomas son característicos de trastornos específicos, tal y como se describe en los apartados correspondientes. Cuando se observa más de una alteración del comportamiento, debe anotarse cada tipo junto con el especificador "con alteración del comportamiento".

Características diagnósticas

Los TNC mayor y leve presentan un espectro de disfunciones cognitivas y funcionales. El TNC mayor se corresponde con la afección a la que el DSM-IV se refiere como *demencia*, que se mantiene como alternativa en el presente volumen. La característica esencial del TNC es el declive cognitivo adquirido en uno o más dominios de la cognición (Criterio A), basado tanto en 1) la preocupación acerca de la cognición por parte del propio individuo, de un informante que le conoce o del clínico, como en 2) un rendimiento en una evaluación objetiva menor del esperado o que ha empeorado a lo largo del tiempo. Se requiere tanto la preocupación como la evidencia objetiva, puesto que ambos son complementarios. Cuando el enfoque se basa exclusivamente en las pruebas objetivas, el trastorno puede quedar sin diagnosticar en los sujetos con alto nivel de funcionamiento cuyo rendimiento "normal" actual represente en realidad un declive sustancial de sus capacidades, o puede diagnosticarse incorrectamente en los individuos cuyo "bajo" rendimiento actual no suponga un cambio con respecto a su propio nivel basal o sea el resultado de factores externos, como las condiciones en que se administra el test o una enfermedad pasajera. Por el contrario, al centrarse excesivamente en los síntomas subjetivos se puede no diagnosticar la enfermedad en los individuos con escasa introspección, o cuyos informantes niegan o no advierten los síntomas, o el diagnóstico puede ser demasiado sensible en los llamados "preocupados sanos".

La preocupación acerca de la cognición es diferente de la queja, ya que puede o no verbalizarse espontáneamente. Más bien es necesario sonsacarla mediante cuidadosas preguntas acerca de los síntomas específicos que comúnmente aparecen en los individuos con déficits cognitivos (véase la Tabla 1 en la introducción de este capítulo). Por ejemplo, las preocupaciones acerca de la memoria incluyen las dificultades para recordar una breve lista de la compra o para recordar el argumento de una serie de televisión; las preocupaciones acerca de la función ejecutiva incluyen las dificultades para retomar una tarea tras una interrupción, para organizar los documentos del pago de impuestos o para planificar una comida especial. A nivel del TNC leve, es probable que el individuo describa que estas tareas son más difíciles o que requieren tiempo o esfuerzo adicionales o estrategias compensatorias. A nivel del TNC mayor, estas tareas sólo pueden completarse con ayuda o pueden ser abandonadas por completo. A nivel del TNC leve, puede que los individuos y sus familias no adviertan estos síntomas o que los consideren normales, en especial en los ancianos; así pues, hacer una cuidadosa anamnesis es sumamente importante. Las dificultades deben representar un cambio y no patrones de toda la vida; el individuo o el informante podrá clarificar este aspecto o el clínico podrá inferir el cambio en base a su experiencia previa con el paciente, a sus actividades o a otras pistas. También resulta crucial determinar que las dificultades estén relacionadas con el declive cognitivo y no con limitaciones motoras o sensoriales.

Los test neuropsicológicos, en los que el rendimiento se compara con datos normativos apropiados para la edad, el nivel educativo y el entorno cultural del paciente, son parte de la evaluación habitual de los TNC y son especialmente importantes en la evaluación del TNC leve. Para el TNC mayor, el rendimiento típicamente se sitúa 2 o más desviaciones estándar por debajo de las puntuaciones normales (en el tercer percentil o por debajo). Para el TNC leve, el rendimiento típicamente se sitúa en el rango entre 1 y 2 desviaciones estándar (entre los percentiles 3 y 16). Sin embargo, no existen tests de evaluación neuropsicológica en todos los ámbitos, y los umbrales neuropsicológicos son sensibles a los tests y los datos normales específicos que se utilicen, y a las condiciones en las que se administren las pruebas, las limitaciones sensoriales y las enfermedades intercurrentes. Se dispone de una variedad de evaluaciones breves para administrar en la consulta o junto a la cama del paciente que también pueden apor-

tar datos objetivos en aquellos ámbitos en los que dichos tests no estén disponibles o no sean factibles, tal y como se describe en la Tabla 1. En cualquier caso, al igual que sucede con las preocupaciones cognitivas, el rendimiento objetivo debe ser interpretado teniendo en cuenta el rendimiento previo del individuo. En condiciones óptimas, esta información estaría disponible por la administración previa de la misma prueba, pero a menudo debe inferirse en base a los estándares pertinentes, junto con los antecedentes educativos y laborales, y otros factores del individuo. Los datos normativos son más difíciles de interpretar en los individuos con niveles educativos muy altos o muy bajos y en los que están siendo evaluados fuera de su propio entorno lingüístico o cultural.

El Criterio B se refiere al nivel de autonomía del individuo en el funcionamiento diario. Los sujetos con TNC mayor tendrán una disfunción suficientemente grave como para interferir con su autonomía, de tal forma que otras personas deberán hacerse cargo de tareas que antes los individuos podían realizar por sí solos. Los individuos con TNC leve tendrán una autonomía conservada, aunque puede haber interferencias sutiles en el funcionamiento, o pueden referir que las tareas requieren mayor esfuerzo o más tiempo que antes.

La distinción entre el TNC mayor y el leve es por naturaleza arbitraria, y ambos trastornos forman parte de un continuo. Por tanto, resulta difícil determinar umbrales precisos. Se requieren una cuidadosa anamnesis, observación y la integración con otros hallazgos. Deben considerarse las implicaciones del diagnóstico cuando las manifestaciones clínicas del individuo se encuentran en el límite.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características asociadas que apoyan el diagnóstico de TNC mayor o leve típicamente serán específicas del subtipo etiológico (p. ej., sensibilidad a los neurolépticos y alucinaciones visuales en la enfermedad por cuerpos de Lewy). Las características diagnósticas específicas de cada uno de los subtipos están detalladas en los apartados correspondientes.

Prevalencia

La prevalencia del TNC varía ampliamente en función de la edad y del subtipo etiológico. Generalmente, sólo se dispone de estimaciones de la prevalencia global en poblaciones de personas mayores. Entre los individuos de más de 60 años, la prevalencia aumenta marcadamente con la edad, de manera que las estimaciones de la prevalencia son más precisas para franjas estrechas de edad que para categorías amplias como la de "mayores de 65 años" (en las que la edad media puede variar en gran medida en función de la esperanza de vida de esa población determinada). Para aquellos subtipos etiológicos que aparecen a lo largo de toda la vida, es probable que, si se dispone de estimaciones de la prevalencia del TNC, sea sólo como la proporción de individuos que desarrollan TNC entre aquellos que tienen la afección en cuestión (p. ej., lesión cerebral traumática, infección por VIH).

Las estimaciones globales de la prevalencia de la demencia (que concuerda en gran parte con el TNC mayor) son aproximadamente del 1-2 % a los 65 años y de hasta el 30 % a los 85 años. La prevalencia del TNC leve es muy sensible a la definición del trastorno, en especial en el ámbito comunitario, donde las evaluaciones son menos detalladas. Además, a diferencia de los ámbitos clínicos, en los que las preocupaciones cognitivas deben ser importantes para buscar y conseguir ayuda, el declive del funcionamiento basal puede ser menos claro. Las estimaciones de la prevalencia del deterioro cognitivo leve (que concuerda sustancialmente con el TNC leve) entre los individuos mayores son bastante variables, oscilando del 2 al 10% a los 65 años, y del 5 al 25% a los 85 años.

Desarrollo y curso

El curso del TNC varía en los diferentes subtipos etiológicos, y esta variación puede resultar útil para el diagnóstico diferencial. Algunos subtipos (p. ej., los relacionados con una lesión cerebral traumática o con un ictus) típicamente comienzan en un momento temporal específico y se mantienen estables (al menos tras remitir los síntomas iniciales relacionados con la inflamación o la tumefacción). Otros pueden fluctuar a lo largo del tiempo (aunque, si esto sucede, debe considerarse la posibilidad de un delirium superpuesto al TNC). Los TNC debidos a enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer o la degeneración del lóbulo frontotemporal, tienen típicamente un inicio insi-

dioso y una progresión gradual. El patrón de inicio de los déficits cognitivos y sus características asociadas ayuda a distinguirlos.

Los TNC con inicio en la infancia y la adolescencia pueden tener amplias repercusiones sobre el funcionamiento social e intelectual, y en este contexto también pueden diagnosticarse la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y otros trastornos del neurodesarrollo para captar la presentación diagnóstica completa y asegurar la provisión de una amplia gama de servicios. En los individuos mayores, los TNC a menudo aparecen en un contexto de enfermedades médicas, debilidad y déficits sensoriales, que complican el cuadro clínico de cara al diagnóstico y tratamiento.

Cuando el declive cognitivo aparece en la juventud o la mediana edad, es probable que los individuos y sus familias busquen tratamiento. Los TNC son típicamente más fáciles de identificar a edades más tempranas, aunque en algunos contextos se deben considerar la simulación y otros trastornos facticios. En edades muy avanzadas, los síntomas cognitivos pueden no preocupar o pasar desapercibidos. En edades avanzadas, el TNC leve también debe distinguirse de los déficits más modestos asociados con el "envejecimiento normal", aunque una proporción importante de lo que se ha atribuido al envejecimiento normal probablemente represente las fases prodrómicas de diferentes TNC. Además, con la edad resulta más difícil reconocer el TNC leve debido al aumento de la prevalencia de enfermedades médicas y déficits sensoriales. Con la edad se vuelve más difícil diferenciar entre subtipos porque hay múltiples fuentes potenciales de declive neurocognitivo.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo varían no sólo en función del subtipo etiológico, sino también en función de la edad de inicio dentro de cada subtipo etiológico. Algunos subtipos están distribuidos a lo largo de la vida, mientras que otros aparecen exclusiva o fundamentalmente en edades avanzadas. Incluso entre los TNC del envejecimiento, la prevalencia relativa varía con la edad: la enfermedad de Alzheimer es rara antes de los 60 años y la prevalencia aumenta marcadamente a partir de entonces, mientras que la degeneración del lóbulo frontotemporal tiene un inicio más temprano y con la edad representa una fracción progresivamente menor de los TNC.

Genéticos y fisiológicos. El mayor factor de riesgo de los TNC mayor y leve es la edad, fundamentalmente porque la edad aumenta el riesgo de presentar enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares. El género femenino se asocia a una mayor prevalencia global de la demencia y, en concreto, de la enfermedad de Alzheimer, pero esta diferencia es atribuible en gran medida, si no por completo, a la mayor longevidad de las mujeres.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El grado de conciencia de los síntomas neurocognitivos que tienen el individuo y la familia puede variar en los diferentes grupos étnicos y laborales. Es más probable que los síntomas neurocognitivos, en especial los de gravedad moderada, se adviertan en aquellos individuos que realizan actividades complejas laborales, domésticas o de ocio. Además, los datos normativos para los tests neuropsicológicos tienden a estar disponibles sólo para poblaciones amplias, por lo que pueden ser difíciles de aplicar a los individuos con nivel educativo inferior al instituto y a los que están siendo evaluados en una lengua o una cultura distinta de la de origen.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Al igual que la edad, la cultura y la ocupación, los aspectos relacionados con el género pueden afectar al nivel de preocupación y conciencia de los síntomas cognitivos. Además, en los TNC de la edad avanzada, las mujeres tienden a ser mayores, a tener más comorbilidad médica y a vivir solas, lo que puede dificultar la evaluación y el tratamiento. También hay diferencias de género en la frecuencia de algunos de los subtipos etiológicos.

Marcadores diagnósticos

Además de una cuidadosa anamnesis, las evaluaciones neuropsicológicas son las medidas clave para diagnosticar los TNC, en especial los leves, en los que las alteraciones funcionales son mínimas y los

síntomas son más sutiles. Idealmente, los individuos serán remitidos para realizar una valoración neuropsicológica formal y evaluar de manera cuantitativa todos los dominios relevantes con el fin de llegar a un diagnóstico, orientar a la familia acerca de las áreas en las que el individuo podría requerir más apoyo y establecer un punto de referencia respecto al cual poder valorar los declives posteriores o la respuesta a los tratamientos. Cuando dicha valoración no es posible o factible, las evaluaciones breves que aparecen en la Tabla 1 pueden proporcionar información acerca de cada dominio. Los tests breves del estado mental más globales pueden ayudar, pero pueden resultar poco sensibles, en especial a los cambios discretos en un único dominio o en los sujetos con capacidades premórbidas elevadas, o demasiado sensibles en los individuos con capacidades premórbidas bajas.

A la hora de distinguir entre subtipos etiológicos, pueden tener relevancia algunos marcadores diagnósticos adicionales, en especial los estudios de neuroimagen como la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. Además, puede haber marcadores específicos para la evaluación de determinados subtipos, que podrían cobrar más importancia a medida que la investigación vaya arrojando nuevos resultados a lo largo del tiempo, tal y como se comenta en los apartados pertinentes.

Consecuencias funcionales de los trastornos neurocognitivos mayores y leves

Por definición, los TNC mayor y leve afectan al funcionamiento, dado el papel central que tiene la cognición en la vida humana. Así pues, los criterios de estos trastornos y el umbral para diferenciar el TNC leve del mayor se basan en parte en la evaluación del funcionamiento. Dentro del TNC mayor hay un amplio rango de afectación funcional, tal como aparece en los especificadores de gravedad. Además, las funciones específicas que están comprometidas pueden ayudar a identificar los dominios cognitivos afectados, en especial cuando la evaluación neuropsicológica no se puede realizar o resulta difícil de interpretar.

Diagnóstico diferencial

Cognición normal. El diagnóstico diferencial entre la cognición normal y el TNC leve, al igual que entre el TNC leve y el mayor, supone un reto, puesto que los límites entre ellos son por naturaleza arbitrarios. Una cuidadosa anamnesis y una evaluación objetiva son fundamentales para realizar estas distinciones. Una valoración longitudinal que utilice evaluaciones cuantificadas puede resultar clave en la detección del TNC leve.

Delirium. Tanto el TNC leve como el mayor pueden resultar difíciles de distinguir de un delirium persistente, que puede presentarse de manera concomitante. Una cuidadosa evaluación de la atención y del nivel de conciencia ayudará a hacer la distinción.

Trastorno de depresión mayor. La distinción entre el TNC leve y el trastorno de depresión mayor, que puede presentarse a la vez que un TNC, también puede suponer un reto. Los patrones específicos de déficits cognitivos pueden resultar de ayuda. Por ejemplo, los déficits sistemáticos de la memoria y las funciones ejecutivas son típicos de la enfermedad de Alzheimer, mientras que en la depresión mayor se observa un patrón de rendimiento inespecífico o más variable. En algunos casos puede ser necesario tratar el trastorno depresivo y repetir la observación a lo largo del tiempo para realizar el diagnóstico.

Trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo. Clarificar cuidadosamente el estado basal del individuo ayudará a distinguir el TNC del trastorno específico del aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo. Hay cuestiones adicionales a considerar en el diagnóstico diferencial de determinados subtipos etiológicos, tal y como se describe en los apartados correspondientes.

Comorbilidad

Los TNC son frecuentes en los individuos ancianos, por lo que a menudo concurren con una amplia variedad de enfermedades relacionadas con la edad que pueden complicar el diagnóstico o el tratamiento. La principal es el delirium, cuyo riesgo está aumentando en el TNC. En los individuos ancianos, la observación de un delirium durante un ingreso hospitalario suele llevar a detectar el TNC por primera vez, aunque una anamnesis cuidadosa a menudo revelará datos de que ya había un declive anterior. Los TNC mixtos también son frecuentes en los ancianos, ya que la prevalencia de muchas entidades etiológicas aumenta con la edad. En los individuos más jóvenes, el TNC a menudo concurre con trastornos del neurodesarrollo; por ejemplo, una lesión cerebral en un niño en edad preescolar

puede dar lugar a problemas significativos del desarrollo y del aprendizaje. Otras comorbilidades del TNC a menudo se relacionan con el subtipo etiológico, tal y como se describe en las secciones correspondientes.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).
C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:

Para el trastorno neurocognitivo mayor:

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la **enfermedad de Alzheimer posible.**

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:
   a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
   b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
   c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer probable** si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la **enfermedad de Alzheimer posible** si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.10 (F02.80).**

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, con alteración comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, seguido de **294.10 (F02.80)**.

<= Ir a la Clasificación

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad de Alzheimer. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

Más allá del síndrome de trastorno neurocognitivo (TNC) (Criterio A), las características esenciales del TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer son el inicio insidioso y la progresión gradual de los síntomas cognitivos y comportamentales (Criterio B). La presentación típica es amnésica (es decir, con alteraciones de la memoria y el aprendizaje). También existen presentaciones no amnésicas más raras, como la variante visoespacial o la afasia logopénica. En la fase de TNC leve, la enfermedad de Alzheimer típicamente se manifiesta con una alteración de la memoria y el aprendizaje que en ocasiones se acompaña de déficits en la función ejecutiva. En la fase de TNC mayor, la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje también estarán afectados, en especial cuando el TNC sea moderado o grave. La cognición social tiende a estar preservada hasta fases avanzadas de la enfermedad.

Debe especificarse un nivel de certeza diagnóstica que señale a la enfermedad de Alzheimer como etiología "probable" o "posible" (Criterio C). La *enfermedad de Alzheimer probable* se diagnostica tanto en el TNC mayor como en el leve si hay indicios de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer, ya sea a partir de pruebas genéticas o bien de la presencia de antecedentes familiares autosómicos dominantes junto a una confirmación mediante autopsia o pruebas genéticas en un familiar afectado. Para el TNC mayor, un cuadro clínico típico, sin mesetas prolongadas y sin datos de una etiología mixta, también puede ser diagnosticado como enfermedad de Alzheimer probable. Para el TNC leve, dado el menor grado de certeza de que los déficits progresarán, estas características sólo son suficientes para la enfermedad de Alzheimer como *posible* etiología. Si la etiología parece mixta, se debe diagnosticar un TNC leve debido a etiologías múltiples. En cualquier caso, tanto en el TNC leve como en el mayor debido a enfermedad de Alzheimer, las características clínicas no deben sugerir que el TNC tenga otra etiología primaria (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

En los ámbitos clínicos especializados, aproximadamente el 80 % de los individuos con TNC mayor debido a enfermedad de Alzheimer tiene síntomas conductuales y psicológicos; estas características también son frecuentes en la fase de afectación del TNC leve. Estos síntomas provocan tanto sufrimiento o más que las manifestaciones cognitivas y a menudo son el motivo por el que se busca atención clínica. En la fase de TNC leve o en el nivel de gravedad más leve del TNC mayor, a menudo aparecen depresión y apatía. En el TNC mayor de gravedad moderada son comunes los síntomas psicóticos, la irritabilidad, la agitación, la agresividad y la deambulación sin objetivo. En las fases avanzadas de la enfermedad pueden observarse alteraciones de la marcha, disfagia, incontinencia, mioclonías y convulsiones.

Prevalencia

La prevalencia global de la demencia (TNC mayor) aumenta marcadamente con la edad. En los países de renta alta, oscila entre el 5 y el 10 % en la séptima década y al menos el 25 % a partir de entonces. Las estimaciones realizadas a partir de datos censales de Estados Unidos sugieren que aproximadamente el 7 % de los individuos diagnosticados de enfermedad de Alzheimer tiene edades comprendidas entre los 65 y los 74 años, el 53 % entre los 75 y los 84 años, y el 40 % de 85 años o más. El porcentaje de demencias atribuible a la enfermedad de Alzheimer oscila entre el 60 y más del 90 %, dependiendo del ámbito y de los criterios diagnósticos. El TNC leve debido a enfermedad de Alzheimer probablemente también represente una proporción importante de los casos de deterioro cognitivo leve (DCL).

Desarrollo y curso

El TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer progresa gradualmente, en ocasiones con breves mesetas, hacia la demencia grave y la muerte. La supervivencia media tras el diagnóstico es

de aproximadamente 10 años, lo que refleja la avanzada edad de la mayoría de los individuos y no el curso de la enfermedad; algunos sujetos pueden vivir con la enfermedad hasta 20 años. Los individuos en fases avanzadas finalmente quedan mutistas y encamados. En los que sobreviven durante todo el curso de la enfermedad, la muerte habitualmente se produce por aspiración. En el TNC leve debido a enfermedad de Alzheimer, el deterioro aumenta con el tiempo y el nivel funcional se reduce gradualmente hasta que los síntomas alcanzan el umbral diagnóstico del TNC mayor.

Los síntomas habitualmente se inician en la octava y la novena décadas de la vida; las formas de inicio temprano que aparecen en la quinta y sexta décadas a menudo se relacionan con mutaciones causales conocidas. Los síntomas y la patología no son marcadamente diferentes en las diferentes edades de inicio. Sin embargo, es más probable que los individuos más jóvenes sobrevivan durante todo el curso de la enfermedad, mientras que los más ancianos presentarán con más probabilidad numerosas enfermedades médicas que afectarán al curso y al manejo del trastorno. La complejidad diagnóstica es mayor en los ancianos debido al mayor riesgo de enfermedades médicas concurrentes y de patología mixta.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Los traumatismos cerebrales aumentan el riesgo de padecer un TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

Genéticos y fisiológicos. La edad es el mayor factor de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. El polimorfismo de susceptibilidad genética relacionado con la apolipoproteína E4 aumenta el riesgo y reduce la edad de inicio, especialmente en los individuos homocigóticos. También hay genes extremadamente raros causantes de enfermedad de Alzheimer. Los sujetos con síndrome de Down (trisomía 21) pueden desarrollar enfermedad de Alzheimer si sobreviven hasta la mediana edad. Múltiples factores de riesgo vascular influyen sobre el riesgo de presentar enfermedad de Alzheimer y podrían actuar aumentando la patología cerebrovascular o mediante efectos directos sobre la patología de la enfermedad de Alzheimer.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La detección de un TNC puede ser más difícil en los entornos culturales y socioeconómicos en los que la pérdida de memoria se considera normal a edades avanzadas, en los que los ancianos tienen menos exigencias cognitivas en la vida diaria y en los que los niveles educativos muy bajos suponen un mayor reto para realizar una evaluación cognitiva objetiva.

Marcadores diagnósticos

La atrofia cortical, las placas neuríticas predominantemente amiloides y los ovillos neurofibrilares predominantemente de proteína tau son los sellos distintivos del diagnóstico patológico de la enfermedad de Alzheimer y pueden ser confirmados mediante el examen histopatológico *post mortem*. En los casos de inicio temprano con herencia autosómica dominante puede estar involucrada una mutación en uno de los genes conocidos como causantes de la enfermedad de Alzheimer –la proteína precursora del amiloide (PPA), la presenilina 1 (PSEN1) o la presenilina 2 (PSEN2)–, existiendo en el mercado las pruebas genéticas para estas mutaciones, al menos para la PSEN1. La apolipoproteína E4 no puede utilizarse como marcador diagnóstico, pues únicamente constituye un factor de riesgo y no es necesaria ni suficiente para la aparición de la enfermedad.

Puesto que el depósito cerebral de beta-amiloide 42 tiene lugar en las fases iniciales de la cascada fisiopatológica, las pruebas diagnósticas centradas en el amiloide, como la visualización de amiloide mediante tomografía por emisión de positrones (PET) o la reducción de los niveles de amiloide en líquido cefalorraquídeo (LCR), pueden tener valor diagnóstico. Los signos de daño neuronal como la atrofia hipocámpica y de la corteza temporoparietal en la resonancia magnética, el hipometabolismo temporoparietal en una PET con fluorodeoxiglucosa y los datos indicativos de un aumento de los niveles totales de tau y fosfo-tau en el LCR aportan pruebas de daño neuronal, pero son menos específicas de la enfermedad de Alzheimer. En la actualidad, estos biomarcadores no están totalmente validados y muchos sólo están disponibles en los dispositivos de atención terciaria. Sin embargo, probablemente algunos de ellos, junto con nuevos biomarcadores, se introducirán en la práctica clínica más amplia en los próximos años.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer

La pérdida de memoria prominente puede producir dificultades significativas de manera relativamente temprana en el curso del trastorno. La cognición social (y, por tanto, el funcionamiento social) y la memoria procedimental (p. ej., bailar, tocar un instrumento musical) pueden estar relativamente preservadas durante períodos prolongados.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Los TNC mayor y leve debidos a otros procesos neurodegenerativos (p. ej., la enfermedad por cuerpos de Lewy, la degeneración del lóbulo frontotemporal) comparten el inicio insidioso y el declive gradual producidos por la enfermedad de Alzheimer, pero tienen características esenciales distintivas propias. En el TNC vascular, mayor o leve, típicamente hay antecedentes de ictus que están en relación temporal con el inicio del déficit cognitivo, y se considera que la presencia de infartos o hiperintensidades en la sustancia blanca son suficientes para explicar el cuadro clínico. Sin embargo, el TNC vascular, mayor o leve, puede compartir muchas características clínicas con la enfermedad de Alzheimer, en especial cuando en la historia no aparece un claro declive escalonado.

Otras enfermedades neurológicas o sistémicas concurrentes activas. Se deben considerar otras enfermedades neurológicas o sistémicas si hay una relación temporal y una gravedad apropiadas para explicar el cuadro clínico. En el TNC leve puede ser difícil distinguir si la etiología se debe a la enfermedad de Alzheimer o a otra afección médica (p. ej., patología tiroidea, déficit de vitamina B_{12}).

Trastorno de depresión mayor. El diagnóstico diferencial también incluye la depresión mayor, en especial en el TNC leve. La presencia de depresión puede estar asociada con un funcionamiento diario reducido y con una capacidad escasa de concentración, que pueden parecerse a un TNC, pero la mejoría con el tratamiento de la depresión puede ser útil para hacer la distinción.

Comorbilidad

La mayoría de los individuos con enfermedad de Alzheimer son ancianos y tienen múltiples afecciones médicas que pueden complicar el diagnóstico e influir en el curso clínico. El TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer concurre a menudo con la enfermedad cerebrovascular, que contribuye al cuadro clínico. Cuando una afección concurrente contribuye al TNC en un sujeto con enfermedad de Alzheimer, se le debe diagnosticar de TNC debido a etiologías múltiples.

Trastorno neurocognitivo frontotemporal mayor o leve

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
C. Aparece (1) o (2):
   1. Variante de comportamiento:
      a. Tres o más de los siguientes síntomas comportamentales:
         i. Desinhibición del comportamiento.
         ii. Apatía o inercia.
         iii. Pérdida de simpatía o empatía.
         iv. Comportamiento conservador, estereotipado o compulsivo y ritualista.
         v. Hiperoralidad y cambios dietéticos.
      b. Declive destacado de la cognición social o de las capacidades ejecutivas.

<= Ir a la Clasificación

2. Variante de lenguaje:
   a. Declive destacado de la habilidad para usar el lenguaje, ya sea en forma de producción del habla, elección de las palabras, denominación de objetos, gramática o comprensión de las palabras.

D. Ausencia relativa de afectación de las funciones perceptual motora, de aprendizaje y memoria.
E. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo frontotemporal probable** si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario se diagnosticará un **trastorno neurocognitivo frontotemporal posible**:

1. Evidencias de una mutación genética causante de un trastorno neurocognitivo frontotemporal, ya sea en los antecedentes familiares o con una prueba genética.
2. Evidencias de una afección desproporcionada del lóbulo frontal o temporal en el diagnóstico por la neuroimagen.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo frontotemporal posible** si no hay evidencias de una mutación genética y no se ha hecho un diagnóstico por la imagen neurológica.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posible debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.19 (G31.09)** enfermedad frontotemporal, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad frontotemporal. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

El trastorno neurocognitivo (TNC) frontotemporal, mayor o leve, incluye una serie de variantes sindrómicas caracterizadas por el progresivo desarrollo de cambios en el comportamiento y la personalidad o por déficits en el lenguaje. La variante de comportamiento y 3 variantes de lenguaje (semántica, agramatical/no fluente y logopénica) muestran patrones diferentes de atrofia cerebral y cierta neuropatología distintiva. Deben cumplirse los criterios de la variante de comportamiento o de la variante de lenguaje para poder hacer el diagnóstico, pero muchos individuos presentan características de ambas.

Los individuos con la variante comportamental del TNC frontotemporal, mayor o leve, presentan diferentes grados de apatía o desinhibición. Pueden perder el interés por las relaciones sociales, por el autocuidado y por sus responsabilidades personales, o presentar comportamientos socialmente inapropiados. La introspección habitualmente está disminuida, lo que a menudo retrasa la consulta a un médico. La primera derivación es habitualmente a un psiquiatra. Los individuos pueden desarrollar cambios en su estilo social y en sus creencias religiosas y políticas, con movimientos repetitivos, acumulación, cambios en el comportamiento alimentario e hiperoralidad. En fases posteriores puede aparecer pérdida de control de esfínteres. El declive cognitivo es menos prominente y las evaluaciones formales pueden mostrar relativamente pocos déficits en las fases iniciales. La falta de planificación y organización, la distraibilidad y la escasa capacidad de juicio son síntomas neurocognitivos comunes. Aparecen déficits en la función ejecutiva, con bajo rendimiento en las pruebas de

flexibilidad mental, razonamiento abstracto e inhibición de respuestas, pero el aprendizaje y la memoria están relativamente preservados, y la habilidad perceptiva motora casi siempre está conservada en las fases iniciales.

Los individuos con la variante lingüística del TNC frontotemporal, mayor o leve, presentan una afasia primaria progresiva de inicio gradual, habiéndose descrito habitualmente 3 subtipos: variante semántica, variante agramatical/no fluente y variante logopénica. Cada variante tiene características distintivas con su correspondiente neuropatología.

Se distingue entre TNC frontotemporal "probable" y "posible" mediante la presencia de factores genéticos causales (p. ej., mutaciones en el gen que codifica la proteína tau asociada a los microtúbulos), o de la atrofia o la menor actividad característica en las regiones frontotemporales en las pruebas de imágenes estructurales o funcionales.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los síntomas extrapiramidales pueden ser prominentes en algunos casos, habiendo un solapamiento con síndromes como la parálisis supranuclear progresiva o la degeneración corticobasal. En algunos casos puede haber características de una enfermedad de la motoneurona (p. ej., atrofia muscular, debilidad). Un subgrupo de pacientes desarrolla alucinaciones visuales.

Prevalencia

El TNC frontotemporal, mayor o leve, es una causa común de TNC de inicio temprano en los sujetos menores de 65 años. Las estimaciones de la prevalencia poblacional están en el rango de 2-10 por 100.000. Aproximadamente, el 20-25 % de los casos de TNC frontotemporal aparece en sujetos mayores de 65 años. El TNC frontotemporal supone el 5 % de todos los casos de demencia en las series de autopsias no seleccionadas. Las estimaciones de la prevalencia de las variantes de comportamiento y semántica son mayores entre los varones, y las estimaciones de la prevalencia de la variante con lenguaje no fluido son mayores entre las mujeres.

Desarrollo y curso

Los individuos con TNC frontotemporal, mayor o leve, comúnmente debutan en la sexta década de vida, aunque la edad de inicio varía entre la tercera y la novena décadas. La enfermedad es gradualmente progresiva, siendo la mediana de supervivencia de 6-11 años tras el inicio de los síntomas y de 3-4 años tras el diagnóstico. La supervivencia es menor y el declive más rápido en el TNC frontotemporal, mayor o leve, que en la enfermedad de Alzheimer típica.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Aproximadamente, el 40 % de los individuos con TNC frontotemporal, mayor o leve, tiene antecedentes familiares de TNC de inicio temprano, y aproximadamente el 10 % muestra un patrón de herencia autosómica dominante. Se han identificado diversos factores genéticos, como mutaciones en el gen que codifica la proteína tau asociada a los microtúbulos (MAPT), el gen de la granulina (GRN) y el gen C9ORF72. Se han identificado varias familias con mutaciones causales (véase el apartado Marcadores diagnósticos de este trastorno), pero muchos de los individuos con transmisión familiar confirmada no tienen ninguna mutación conocida. La presencia de patología de la motoneurona se asocia a un deterioro más rápido.

Marcadores diagnósticos

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética estructural (RM) pueden mostrar patrones característicos de atrofia. En la variante de comportamiento del TNC frontotemporal, mayor o leve, ambos lóbulos frontales (en especial los lóbulos frontales mediales) y los lóbulos temporales anteriores están atrofiados. En la variante semántica del TNC frontotemporal, mayor o leve, los lóbulos temporales medio, inferior y anterior están atrofiados bilateralmente pero de manera asimétrica,

estando habitualmente más afectado el lado izquierdo. La variante con lenguaje no fluido del TNC frontotemporal, mayor o leve, se asocia con atrofia perisilviana posterior o parietal de predominio izquierdo. Las neuroimágenes funcionales muestran hipoperfusión o hipometabolismo cortical en las regiones cerebrales correspondientes, que puede estar presente en fases iniciales en ausencia de anomalías estructurales. Los biomarcadores emergentes para la enfermedad de Alzheimer (p. ej., niveles de beta-amiloide y tau en el líquido cefalorraquídeo, técnicas de visualización del amiloide) pueden ayudar a hacer el diagnóstico diferencial, pero distinguirlo de la enfermedad de Alzheimer puede seguir siendo difícil (de hecho, la variante logopénica es a menudo una manifestación de la enfermedad de Alzheimer).

En los casos familiares de TNC frontotemporal, la identificación de mutaciones genéticas puede ayudar a confirmar el diagnóstico. Las mutaciones asociadas al TNC frontotemporal afectan a los genes que codifican la proteína tau asociada a los microtúbulos (MAPT), la granulina (GRN), el C9ORF72, la proteína de unión al ADN de respuesta transactiva de 43 kDa (TDP-43 o TARDBP), la proteína que contiene valosina (VCP), la proteína 2B modificadora de cromatina (CHMP2B) y la proteína fusionada en el sarcoma (FUS).

Consecuencias funcionales del TNC frontotemporal mayor o leve

Debido a su edad de inicio relativamente temprana, este trastorno a menudo afecta a la vida laboral y familiar. Puesto que el lenguaje y el comportamiento están alterados, el funcionamiento a menudo está más gravemente afectado de manera relativamente temprana. Para los individuos con la variante de comportamiento, antes de clarificar el diagnóstico puede haber una perturbación importante del ámbito familiar, implicaciones legales y problemas en el trabajo debido a comportamientos socialmente inapropiados. El déficit funcional debido al cambio de comportamiento y la disfunción del lenguaje, que puede incluir la hiperoralidad, la deambulación impulsiva y otros comportamientos desinhibidos, puede exceder en mucho debido a la alteración cognitiva y puede conducir al ingreso en una residencia o la institucionalización. Estos comportamientos pueden ser muy perturbadores, incluso en los entornos de cuidados estructurados, especialmente cuando los individuos están por lo demás sanos, no están débiles y carecen de comorbilidad médica.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Otros trastornos neurodegenerativos pueden diferenciarse del TNC frontotemporal, mayor o leve, por sus rasgos característicos. En el TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer, el declive del aprendizaje y la memoria es una característica que aparece de manera temprana. Sin embargo, al realizar la autopsia se encuentra que el 10-30 % de los pacientes que presentaban un síndrome que parecía un TNC frontotemporal, mayor o leve, tiene patología de enfermedad de Alzheimer. Esto sucede con mayor frecuencia en los individuos que presentan síndromes disejecutivos progresivos en ausencia de cambios comportamentales o trastornos del movimiento, y en aquellos con la variante logopénica.

En el TNC mayor o leve con cuerpos de Lewy debe haber características esenciales que sean indicativas de la presencia de cuerpos de Lewy. En el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson, el parkinsonismo espontáneo aparece mucho antes del declive cognitivo. En el TNC vascular mayor o leve, dependiendo de las regiones cerebrales afectadas, también puede haber pérdida de habilidades ejecutivas y cambios comportamentales como la apatía, por lo que debería considerarse este trastorno en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, en el TNC vascular, mayor o leve, hay antecedentes de un episodio cerebrovascular que se relaciona temporalmente con el inicio de la disfunción cognitiva, y las pruebas de neuroimagen muestran suficientes infartos o lesiones en la sustancia blanca como para justificar el cuadro clínico.

Otras afecciones neurológicas. El TNC frontotemporal mayor o leve se solapa clínica y patológicamente con la parálisis supranuclear progresiva, la degeneración corticobasal y la enfermedad de la motoneurona. La parálisis supranuclear progresiva se caracteriza por parálisis supranuclear de la

mirada y parkinsonismo de predominio axial. Puede haber signos retrobulbares y a menudo una retropulsión prominente. La evaluación neurocognitiva muestra lentitud psicomotora, una memoria de trabajo escasa y disfunción ejecutiva. La degeneración corticobasal se presenta con rigidez asimétrica, apraxia de los miembros, inestabilidad postural, mioclonías, fenómeno del miembro ajeno y pérdida sensorial cortical. Muchos individuos con la variante de comportamiento del TNC frontotemporal, mayor o leve, presentan características de enfermedad de la motoneurona que tienden a ser mixtas, por afectación de la motoneurona superior y, predominantemente, de la inferior.

Otros trastornos mentales y afecciones médicas. La variante de comportamiento del TNC frontotemporal, mayor o leve, puede confundirse con un trastorno mental primario como la depresión mayor, los trastornos bipolares o la esquizofrenia. Los individuos con esta variante a menudo consultan inicialmente a un psiquiatra. El desarrollo de dificultades neurocognitivas progresivas a lo largo del tiempo ayudará a hacer la distinción. Una valoración médica cuidadosa ayudará a excluir las causas tratables de TNC, como las alteraciones metabólicas, los déficits nutricionales y las infecciones.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión gradual.
C. El trastorno cumple una combinación de características diagnósticas esenciales y características diagnósticas sugestivas de un trastorno neurocognitivo probable o posible con cuerpos de Lewy. **Se diagnostica un trastorno neurocognitivo mayor o leve probable, con cuerpos de Lewy** cuando el individuo presenta dos características esenciales o una característica sugestiva y una o más características esenciales. Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo mayor o leve posible, con cuerpos de Lewy** cuando el individuo presenta solamente una característica esencial o una o más características sugestivas.
   1. Características diagnósticas esenciales:
      a. Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y el estado de alerta.
      b. Alucinaciones visuales recurrentes bien informadas y detalladas.
      c. Características espontáneas de parkinsonismo, con inicio posterior a la evolución del declive cognitivo.
   2. Características diagnósticas sugestivas:
      a. Cumple el criterio de trastorno del comportamiento del sueño REM.
      b. Sensibilidad neuroléptica grave.
D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.82 (G31.83)** enfermedad con cuerpos de Lewy, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.82 (G31.83)** enfermedad con cuerpos de Lewy, seguido de **294.10 (F02.80)**.
Para un trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento, codificar primero **331.82 (G31.83)** enfermedad con cuerpos de Lewy, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento, codificar primero **331.82 (G31.83)** enfermedad con cuerpos de Lewy, seguido de **294.10 (F02.80)**.

<= Ir a la Clasificación

Para un trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad por cuerpos de Lewy. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

En el caso del trastorno neurocognitivo (TNC) mayor, el trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy (TNCCL) se corresponde con la afección conocida como demencia con cuerpos de Lewy (DCL). Este trastorno incluye no sólo una disfunción cognitiva progresiva (con afectación temprana de la atención compleja y la función ejecutiva, en lugar del aprendizaje y la memoria), sino también alucinaciones visuales complejas recurrentes y síntomas concurrentes del trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos (REM) (que puede ser una manifestación muy temprana), además de alucinaciones en otras modalidades sensoriales, depresión y delirios. Los síntomas fluctúan con un patrón que puede parecer un delirium, pero no se encuentra una causa subyacente adecuada. La presentación variable de los síntomas del TNCCL reduce la probabilidad de que todos los síntomas puedan observarse durante una visita clínica breve, por lo que se requiere una meticulosa evaluación de las observaciones de los cuidadores. El uso de escalas de evaluación diseñadas específicamente para valorar las fluctuaciones puede ayudar al diagnóstico. Otra característica esencial es el parkinsonismo espontáneo, que debe comenzar tras el inicio del declive cognitivo; por convenio, los déficits neurocognitivos mayores se observan al menos un año antes de los síntomas motores. El parkinsonismo también debe distinguirse de los signos extrapiramidales inducidos por neurolépticos. El diagnóstico preciso es esencial para planificar un tratamiento seguro, ya que hasta el 50 % de los individuos con TNCCL tienen una importante sensibilidad a los fármacos neurolépticos, y estos medicamentos deben utilizarse con extrema precaución al manejar los síntomas psicóticos.

El diagnóstico de TNCCL leve es apropiado para aquellos individuos que presentan características esenciales o sugestivas en una fase en la que el deterioro cognitivo o funcional no es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios del TNC mayor. Sin embargo, como sucede en todos los TNC leves, a menudo se dispondrá de datos insuficientes para justificar una etiología concreta, y lo más apropiado es el uso del diagnóstico no especificado.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con TNCCL a menudo sufren caídas repetidas y síncopes, así como episodios transitorios de pérdida de consciencia inexplicados. Puede observarse disfunción autonómica, como hipotensión ortostática e incontinencia urinaria. Las alucinaciones auditivas y otras alucinaciones no visuales son comunes, al igual que los delirios sistematizados, los falsos reconocimientos delirantes y la depresión.

Prevalencia

Las escasas estimaciones que se han hecho de la prevalencia poblacional del TNCCL oscilan entre el 0,1 y el 5 % de la población general anciana, y entre el 1,7 y el 30,5 % de todos los casos de demencia. La proporción varones-mujeres es de aproximadamente 1,5:1.

Desarrollo y curso

El TNCCL es un trastorno gradualmente progresivo de inicio insidioso. Sin embargo, a menudo hay antecedentes prodrómicos de episodios confusionales de inicio agudo, precipitados con frecuencia por enfermedades o cirugías. La distinción entre el TNCCL, en el que los cuerpos de Lewy son de localización fundamentalmente cortical, y el TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson, en el que la patología está principalmente en los ganglios basales, se basa en el orden en el que aparecen los síntomas cognitivos y motores. En el TNCCL, el declive cognitivo se manifiesta al inicio del curso de la enfermedad, al menos un año antes del inicio de los síntomas motores (véase el apartado

Diagnóstico diferencial para este trastorno). El curso de la enfermedad puede estar caracterizado por ocasionales mesetas, pero finalmente progresa hacia la demencia grave y la muerte. La supervivencia media en las series clínicas es de 5-7 años. El inicio de los síntomas se observa típicamente desde la sexta hasta la novena décadas de vida, iniciándose la mayoría de los casos cuando los individuos afectados están en la mitad de la década de los setenta.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Puede haber agregación familiar y se han identificado varios genes de riesgo, pero en la mayoría de los casos de TNCCL no hay antecedentes familiares.

Marcadores diagnósticos

El trastorno neurodegenerativo subyacente es fundamentalmente una sinucleinopatía debida al pliegue anormal y el depósito de la alfa-sinucleína. Más allá del uso de un instrumento breve de cribado, puede ser necesario realizar pruebas cognitivas para definir claramente los déficits. Las escalas de evaluación desarrolladas para medir fluctuaciones pueden ser útiles. El trastorno del comportamiento del sueño REM asociado puede diagnosticarse mediante un estudio de sueño formal o identificarse preguntando al paciente o al informante por los síntomas relevantes. La (prueba de) sensibilidad neuroléptica no se recomienda como marcador diagnóstico, pero si aparece hace sospechar un TNCCL. Una característica indicativa del diagnóstico es una baja captación del transportador de dopamina por el estriado, que se evidencia en la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) o en la tomografía por emisión de positrones (PET). Otros marcadores clínicamente útiles pueden ser la relativa conservación de las estructuras temporales mediales en la tomografía computarizada (TC)/resonancia magnética (RM), la captación reducida del transportador de dopamina por el estriado en la SPECT/PET, la captación baja generalizada con actividad occipital reducida en la SPECT/PET de perfusión, la gammagrafía miocárdica con MIBG (metayodobencilguanidina) anormal (baja captación), indicativa de denervación simpática, y la actividad prominente de ondas lentas en el electroencefalograma con ondas transitorias del lóbulo temporal.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy

Los individuos con TNCCL están más afectados funcionalmente de lo que sería esperable en base a sus déficits cognitivos, en comparación con los individuos con otros trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer. Esto es en gran parte resultado de la disfunción motora y autonómica, que produce dificultades en el aseo, los traslados y la ingesta. Los trastornos del sueño y los síntomas psiquiátricos prominentes también pueden aumentar la afectación funcional. Como consecuencia, la calidad de vida de los individuos con TNCCL es a menudo significativamente peor que la de los individuos con enfermedad de Alzheimer.

Diagnóstico diferencial

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson. Una característica diferencial clave para el diagnóstico clínico es la secuencia temporal en la que aparecen el parkinsonismo y el TNC. En el TNC debido a la enfermedad de Parkinson, el individuo debe desarrollar un declive cognitivo en el contexto de una enfermedad de Parkinson establecida; por convenio, el declive no debe alcanzar la fase de TNC mayor hasta que transcurra al menos un año desde el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Si ha transcurrido menos de un año desde el inicio de los síntomas motores, el diagnóstico es de TNCCL. Esta distinción está más clara en el TNC mayor que en el leve.

El desarrollo y la secuencia de parkinsonismo y TNC leve pueden ser más difíciles de determinar porque el inicio y la presentación clínica pueden ser ambiguos, y debe diagnosticarse un TNC leve no especificado si las demás características esenciales y sugestivas están ausentes.

Comorbilidad

La patología de cuerpos de Lewy a menudo coexiste con la patología de la enfermedad de Alzheimer y de la enfermedad cerebrovascular, en especial entre los grupos de más edad. En la enfermedad de Alzheimer hay patología de la sinucleína concomitante en el 60 % de los casos (si se incluyen los casos restringidos a la amígdala). En general, hay una tasa mayor de patología de cuerpos de Lewy en los individuos con demencia que en los individuos mayores sin demencia.

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. La sintomatología clínica es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:
  1. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
  2. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.
C. Existen evidencias de la presencia de una enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por neuroimagen, consideradas suficientes para explicar los déficits neurocognitivos.
D. Los síntomas no se explican mejor con otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico.

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular probable** si aparece alguno de los siguientes criterios, pero en caso contrario se diagnosticará un **trastorno neurocognitivo vascular posible**:

1. Los criterios clínicos se respaldan con evidencias de diagnóstico por neuroimagen en que aparece una lesión parenquimatosa significativa atribuida a una enfermedad cerebrovascular (respaldo de neuroimagen).
2. El síndrome neurocognitivo presenta una relación temporal con uno o más episodios cerebrovasculares documentados.
3. Existen evidencias de enfermedad cerebrovascular, tanto clínicas como genéticas (p. ej., arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía).

Se diagnostica un **trastorno neurocognitivo vascular posible** si se cumplen los criterios clínicos pero no existe diagnóstico por neuroimagen y no se ha establecido una relación temporal entre el síndrome neurocognitivo y uno o más episodios cerebrovasculares.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento, codificar **290.40 (F01.51)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento, codificar **290.40 (F01.50)**. No se necesita código médico adicional para la enfermedad vascular.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento, codificar **290.40 (F01.51)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento, codificar **290.40 (F01.50).** No se necesita código médico adicional para la enfermedad vascular.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad vascular, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad vascular. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito).

Características diagnósticas

El diagnóstico de trastorno neurocognitivo (TNC) vascular, mayor o leve, requiere establecer que hay un TNC (Criterio A) y determinar que la enfermedad cerebrovascular es la patología dominante, si no exclusiva, que explica los déficits cognitivos (Criterios B y C). La etiología vascular puede oscilar entre el ictus de grandes vasos y la enfermedad microvascular; la presentación es por tanto muy

<= Ir a la Clasificación

heterogénea en función del tipo de lesión vascular, de su extensión y de su localización. Las lesiones pueden ser focales, multifocales o difusas, y darse en diferentes combinaciones.

Muchos individuos con TNC vascular mayor o leve presentan múltiples infartos, con un declive de la cognición agudo y escalonado o fluctuante, períodos intermedios de estabilidad e incluso cierta mejoría. Otros pueden presentar un inicio gradual con progresión lenta, un rápido desarrollo de los déficits seguido de una relativa estabilidad u otras presentaciones complejas. El TNC vascular mayor o leve de inicio gradual y progresión lenta generalmente se debe a una enfermedad de los pequeños vasos que produce lesiones en la sustancia blanca, los ganglios basales o el tálamo. En estos casos, la progresión gradual a menudo se ve interrumpida por episodios agudos que dejan déficits neurológicos sutiles. En esta situación, los déficits cognitivos pueden atribuirse a la interrupción de los circuitos córtico-subcorticales, y la atención compleja, en especial la velocidad de procesamiento de la información, y la función ejecutiva probablemente estarán afectadas.

Para evaluar la presencia de una enfermedad cerebrovascular suficiente se emplean la anamnesis, la exploración física y las pruebas de neuroimagen (Criterio C). La certeza etiológica requiere demostrar anomalías en las pruebas de neuroimagen. La ausencia de pruebas de neuroimagen puede resultar en una falta de precisión diagnóstica significativa al pasar por alto infartos cerebrales y lesiones de sustancia blanca "silentes". Sin embargo, si la disfunción neurocognitiva está relacionada temporalmente con uno o más ictus bien documentados, se puede hacer un diagnóstico probable en ausencia de pruebas de neuroimagen. Los signos clínicos de la enfermedad cerebrovascular son los antecedentes documentados de ictus con declive cognitivo asociado temporalmente al episodio o signos físicos congruentes con un ictus (p. ej., hemiparesia, síndrome pseudobulbar, defectos del campo visual). Los signos de enfermedad cerebrovascular en las pruebas de neuroimagen (resonancia magnética [RM] o tomografía computarizada [TC]) son uno o más de los siguientes: uno o más infartos o hemorragias de grandes vasos, un infarto o hemorragia en una localización estratégica (p. ej., en el giro angular, en el tálamo, en las regiones anterobasales del cerebro), dos o más infartos lacunares fuera del tronco del encéfalo o lesiones de sustancia blanca extensas y confluyentes. Esto último a menudo se denomina *enfermedad de pequeños vasos* o *cambios isquémicos subcorticales* en las pruebas clínicas de neuroimagen.

En el TNC vascular leve, los antecedentes de un único ictus o de afectación extensa de la sustancia blanca generalmente son suficientes. Para el TNC vascular mayor habitualmente se requieren 2 o más ictus, un ictus en una localización estratégica o una combinación de enfermedad de la sustancia blanca y una o más lagunas.

El trastorno no debe explicarse mejor por otro trastorno. Por ejemplo, un déficit de memoria prominente al inicio del curso podría sugerir una enfermedad de Alzheimer, las características parkinsonianas sugerirían una enfermedad de Parkinson y una asociación estrecha entre el inicio y la depresión sugeriría una depresión.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La valoración neurológica a menudo objetiva antecedentes de ictus o de episodios isquémicos transitorios y signos indicativos de infartos cerebrales. Los cambios de personalidad y de ánimo, la abulia, la depresión y la labilidad emocional también se asocian con frecuencia. El desarrollo de síntomas depresivos de inicio tardío acompañado de lentitud psicomotora y disfunción ejecutiva es una presentación común entre los ancianos con enfermedad isquémica progresiva de pequeños vasos ("depresión vascular").

Prevalencia

El TNC vascular mayor o leve es la segunda causa más frecuente de TNC después de la enfermedad de Alzheimer. En Estados Unidos, las estimaciones de la prevalencia de la demencia vascular entre la población oscilan entre el 0,2 % en el grupo de edad de 65-70 años y el 16 % en los individuos de 80 años o más. En los 3 meses siguientes a un ictus, el 20-30 % de los individuos es diagnosticado de demencia. En las series neuropatológicas, la prevalencia de la demencia vascular aumenta del 13 % a los 70 años al 44,6 % a los 90 años o más, en comparación con la enfermedad de Alzheimer (23,6-51 %) y la demencia combinada vascular y por enfermedad de Alzheimer (2-46,4 %). Se ha descrito una

mayor prevalencia entre los afroamericanos que entre los caucásicos y en los países del este asiático (p. ej., Japón, China). La prevalencia es mayor en los varones que en las mujeres.

Desarrollo y curso

El TNC vascular mayor o leve puede aparecer a cualquier edad, aunque la prevalencia aumenta de manera exponencial después de los 65 años. En los ancianos, los déficits neurocognitivos pueden explicarse en parte por las patologías concurrentes. El curso puede variar desde un inicio agudo con mejoría parcial a un declive escalonado o un declive progresivo con fluctuaciones y mesetas de diferentes duraciones. El TNC vascular mayor o leve, puramente subcortical, puede tener un curso lentamente progresivo que emula al TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Las consecuencias neurocognitivas de la lesión vascular cerebral están influenciadas por factores asociados a la neuroplasticidad, como la educación, el ejercicio físico y la actividad mental.

Genéticos y fisiológicos. Los principales factores de riesgo del TNC vascular mayor o leve son los mismos que los de la enfermedad cerebrovascular y abarcan la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad, los niveles de colesterol elevados, los niveles de homocisteína elevados, otros factores de riesgo de aterosclerosis y arteriolosclerosis, la fibrilación auricular y otras situaciones que aumenten el riesgo de embolias cerebrales. La angiopatía amiloide cerebral es un factor de riesgo importante en el que se deposita amiloide en los vasos arteriales. Otro factor de riesgo clave es el trastorno hereditario denominado arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía, conocido también como CADASIL.

Marcadores diagnósticos

Las neuroimágenes estructurales, con pruebas como la RM o la TC, juegan un papel importante en el proceso diagnóstico. No hay otros biomarcadores establecidos para el TNC vascular mayor o leve.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve

El TNC vascular mayor o leve se asocia comúnmente a déficits físicos que producen discapacidad adicional.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos. Puesto que los infartos cerebrales y las lesiones de la sustancia blanca son frecuentes en los ancianos como hallazgo accidental, es importante considerar otras posibles etiologías cuando aparecen en un TNC. Una historia de déficits de memoria desde el inicio del trastorno, así como el progresivo empeoramiento de la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva y las habilidades perceptuales motoras en ausencia de las correspondientes lesiones focales en las pruebas de neuroimagen, es indicativa de enfermedad de Alzheimer como diagnóstico primario. Los posibles biomarcadores que se están validando en la actualidad para la enfermedad de Alzheimer, como los niveles de beta-amiloide y tau fosforilada en el líquido cefalorraquídeo, y las pruebas para visualizar el amiloide, pueden tener utilidad para el diagnóstico diferencial. El TNC con cuerpos de Lewy se distingue del TNC vascular mayor o leve por sus características esenciales de cognición fluctuante, alucinaciones visuales y parkinsonismo espontáneo. Mientras que en el TNC vascular mayor o leve aparecen déficits en la función ejecutiva y lenguaje, el inicio insidioso y la progresión gradual de los síntomas comportamentales o la disfunción del lenguaje son característicos del TNC frontotemporal y no son típicos de la etiología vascular.

Otras afecciones médicas. No se diagnostica un TNC vascular mayor o leve si están presentes otras afecciones (p. ej., tumor cerebral, esclerosis múltiple, encefalitis, trastornos tóxicos o metabólicos) de gravedad suficiente como para explicar el deterioro cognitivo.

Otros trastornos mentales. No es adecuado el diagnóstico de TNC vascular mayor o leve si los síntomas pueden atribuirse por completo a un delirium, aunque en ocasiones puede haber un delirium superpuesto a un TNC vascular mayor o leve preexistente, en cuyo caso se pueden hacer ambos diagnósticos. Si se cumplen los criterios del trastorno de depresión mayor y el deterioro cognitivo está temporalmente relacionado con el probable inicio de la depresión, no debe diagnosticarse un TNC vascular ni mayor ni leve. Sin embargo, si el TNC antecede al desarrollo de la depresión o la gravedad del deterioro cognitivo es desproporcionada para la gravedad de la depresión, deben diagnosticarse ambos.

Comorbilidad

Es común que el TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer concurra con el TNC vascular mayor o leve, en cuyo caso deben hacerse ambos diagnósticos. El TNC vascular mayor o leve y la depresión concurren con frecuencia.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. Existen evidencias de un traumatismo cerebral, es decir, impacto en la cabeza o algún otro mecanismo de movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, con uno o más de los siguientes:
   1. Pérdida de consciencia.
   2. Amnesia postraumática.
   3. Desorientación y confusión.
   4. Signos neurológicos (p. ej., diagnóstico por neuroimagen que demuestra la lesión, convulsiones de nueva aparición, marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, reducción de los campos visuales, anosmia, hemiparesia).
C. El trastorno neurocognitivo se presenta inmediatamente después de producirse un traumatismo cerebral o inmediatamente después de recuperar la consciencia, y persiste pasado el período agudo postraumático.

Nota de codificación: Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento: En el caso de la CIE-9-MC, se codifica primero **907.0** efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo, seguido de **294.11** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento. En el caso de la CIE-10-MC, codificar primero **S06.2X9S** traumatismo cerebral difuso con pérdida de la consciencia, de duración sin especificar, secuela, seguido de **F02.81** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento.

Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento: En el caso de la CIE-9-MC, se codifica primero **907.0** efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo, seguido de **294.10** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento. En el caso de la CIE-10-MC, codificar primero **S06.2X9S** traumatismo cerebral difuso con pérdida de la consciencia, de duración sin especificar, secuela, seguido de **F02.80** trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para el traumatismo cerebral. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

<= Ir a la Clasificación

Especificadores

Se especifica la gravedad del trastorno neurocognitivo (TNC), no la del traumatismo cerebral subyacente (véase el apartado Desarrollo y curso de este trastorno).

Características diagnósticas

El TNC mayor o leve debido a un traumatismo cerebral (TCE) está producido por un impacto en la cabeza u otros mecanismos que produzcan movimiento rápido o desplazamiento del cerebro dentro del cráneo, tal y como sucede en las lesiones producidas por explosiones. La *lesión cerebral traumática* se define como un traumatismo cerebral con características específicas que incluyen al menos uno de los siguientes: pérdida de consciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión, y, en los casos más graves, signos neurológicos (p. ej., lesión visible en las imágenes diagnósticas, convulsiones de nueva aparición, marcado empeoramiento de un trastorno convulsivo preexistente, reducción de los campos visuales, anosmia, hemiparesia) (Criterio B). Para poder atribuirse a un TCE, el TNC debe presentarse inmediatamente después de producirse el traumatismo o inmediatamente después de recuperar la consciencia tras el mismo y persistir pasado el período postraumático agudo (Criterio C).

La presentación cognitiva es variable. Las dificultades en los dominios de atención compleja, habilidad ejecutiva, aprendizaje y memoria son comunes, así como la ralentización de la velocidad de procesamiento y las alteraciones de la cognición social. En los TCE más graves en los que hay contusión cerebral, hemorragia intracraneal o herida penetrante puede haber déficits neurocognitivos adicionales, como afasia, negligencia y dispraxia constructiva.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El TNC mayor o leve debido a un TCE puede estar acompañado por trastornos del funcionamiento emocional (p. ej., irritabilidad, facilidad para frustrarse, tensión y ansiedad, labilidad afectiva), cambios de personalidad (p. ej., desinhibición, apatía, suspicacia, agresividad), alteraciones físicas (p. ej., cefalea, fatiga, trastornos del sueño, vértigo o mareo, acúfenos o hiperacusia, fotosensibilidad, anosmia, menor tolerancia a los fármacos psicotropos) y, especialmente en los TCE más graves, síntomas y signos neurológicos (p. ej., convulsiones, hemiparesia, alteraciones visuales, déficits de pares craneales) y evidencia de lesiones ortopédicas.

Prevalencia

En Estados Unidos tienen lugar 1,7 millones de TCE cada año, que tienen como resultado 1,4 millones de visitas a los servicios de urgencias, 275.000 ingresos hospitalarios y 52.000 muertes. Alrededor del 2 % de la población tiene una discapacidad asociada a un TCE. Los varones suponen un 59 % de los TCE en Estados Unidos. Las causas más frecuentes de TCE en Estados Unidos son las caídas, los accidentes de tráfico y los golpes en la cabeza. Las colisiones y los golpes en la cabeza que tienen lugar en el ámbito de los deportes de contacto se reconocen cada vez más como origen de TCE leves. Existen sospechas de que el TCE leve repetido podría tener secuelas persistentes acumulativas.

Desarrollo y curso

La gravedad de un TCE se clasifica en el momento de la lesión o de la valoración inicial como leve, moderada o grave en función de los umbrales que aparecen en la Tabla 2.

La clasificación de la gravedad del TCE en sí no se corresponde necesariamente con la gravedad del TNC resultante. El curso de la recuperación de un TCE es variable y depende no sólo de las características específicas de la lesión, sino de cofactores como la edad, los antecedentes de daño cerebral y el abuso de sustancias, que pueden dificultar la recuperación.

TABLA 2 Clasificación de la gravedad del traumatismo cerebral

Características de la lesión	TCE leve	TCE moderado	TCE grave
Pérdida de consciencia	< 30 min	30 minutos–24 horas	> 24 horas
Amnesia postraumática	< 24 horas	24 horas–7 días	> 7 días
Desorientación y confusión en la valoración inicial (puntuación en la Escala de Coma de Glasgow)	13–15 (no inferior a 13 a los 30 minutos)	9–12	3–8

Los síntomas neurocognitivos tienden a ser más graves inmediatamente después del TCE. Salvo en los casos de TCE grave, el curso típico es una mejoría completa o sustancial de los síntomas y de los signos neurocognitivos, neurológicos y psiquiátricos. Tras la lesión, los síntomas neurocognitivos asociados al TCE leve tienden a resolverse en días o semanas, observándose normalmente una resolución completa a los 3 meses. Los otros síntomas que pueden concurrir con los síntomas neurológicos (p. ej., depresión, irritabilidad, fatiga, cefalea, fotosensibilidad, alteraciones del sueño) también tienden a resolverse en las semanas posteriores al TCE leve. Un posterior deterioro sustancial en estas áreas debería hacer que se considerasen otros diagnósticos. Sin embargo, el TCE leve repetido puede asociarse con alteraciones neurocognitivas persistentes.

Además de la persistencia de los déficits neurocognitivos, al TCE moderado y grave se pueden asociar complicaciones neurofisiológicas, emocionales y comportamentales. Entre ellas están las convulsiones (en especial en el primer año), la fotosensibilidad, la hiperacusia, la irritabilidad, la agresividad, la depresión, las alteraciones del sueño, la fatiga, la apatía, la incapacidad para retomar el funcionamiento laboral y social al nivel previo a la lesión, y el deterioro de las relaciones interpersonales. Los TCE moderados y graves se han asociado con un mayor riesgo de depresión y agresividad, y posiblemente con trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer.

Las características del TNC persistente mayor o leve debido a un TCE variarán en función de la edad, las peculiaridades de la lesión y los cofactores. La disfunción persistente asociada al TCE en un bebé o un niño puede reflejarse en retrasos para alcanzar los hitos del desarrollo (p. ej., la adquisición del lenguaje), peor rendimiento académico y posiblemente un menor desarrollo social. Entre los adolescentes mayores y los adultos, los síntomas persistentes pueden incluir diversos déficits neurocognitivos, irritabilidad, hipersensibilidad a la luz y al sonido, fatigabilidad fácil y cambios de ánimo, incluidas la depresión, la ansiedad, la hostilidad y la apatía. En los ancianos con una reserva cognitiva mermada es más probable que el TCE leve dé lugar a una recuperación incompleta.

Factores de riesgo y pronóstico

Factores de riesgo para el traumatismo cerebral. Las tasas de traumatismos cerebrales varían en función de la edad, siendo la prevalencia mayor en los niños de menos de 4 años, los adolescentes mayores y los individuos de más de 65 años. Las caídas son la causa más común de TCE; los accidentes de tráfico, la segunda. Los golpes por deportes son causa frecuente de TCE en los niños mayores, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Factores de riesgo para los trastornos neurocognitivos tras un traumatismo cerebral. Los traumatismos repetidos pueden dar lugar a un TNC persistente con signos neuropatológicos de encefalopatía traumática. La intoxicación concurrente por una sustancia puede aumentar la gravedad del TCE producido por un accidente de tráfico, pero se desconoce si la intoxicación en el momento de la lesión empeora el pronóstico neurocognitivo.

Modificadores del curso. El TCE leve habitualmente se resuelve en semanas o meses, aunque la resolución puede demorarse o ser incompleta en el contexto de TCE repetidos. Se ha asociado un peor pronós-

tico del TCE moderado o grave con una mayor edad (mayor de 40 años) y con parámetros clínicos iniciales como una puntuación baja en la Escala de Coma de Glasgow, peor función motora, ausencia de reactividad pupilar y signos de lesión cerebral (p. ej., hemorragias petequiales, hemorragia subaracnoidea, desviación de la línea media, desaparición del tercer ventrículo) en la tomografía computarizada (TC).

Marcadores diagnósticos

Más allá de las pruebas neuropsicológicas, la TC puede mostrar hemorragias petequiales, hemorragia subaracnoidea o signos de contusión. La resonancia magnética también puede mostrar hiperintensidades sugestivas de microhemorragias.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a un traumatismo cerebral

En el TNC leve debido a un TCE, los individuos pueden referir menor eficiencia cognitiva, dificultades para concentrarse y menos capacidad para realizar las actividades habituales. Con el TNC mayor debido a un TCE, el sujeto puede tener dificultades para vivir de manera independiente y cuidar de sí mismo. Pueden observarse síntomas neurocognitivos prominentes, como descoordinación grave, ataxia y lentitud motora, en el TNC mayor debido a un TCE, lo que podría empeorar las dificultades funcionales. Los individuos con antecedentes de TCE refieren más síntomas depresivos, que a su vez pueden amplificar las quejas cognitivas y empeorar el pronóstico funcional. Además, después de un TCE grave con mayor disfunción neurocognitiva puede haber pérdida del control emocional, con afecto agresivo o inapropiado y apatía. Estos síntomas pueden aumentar las dificultades para vivir de manera independiente y para el autocuidado.

Diagnóstico diferencial

En algunos casos, la gravedad de los síntomas neurocognitivos puede parecer discordante con la gravedad del TCE. Tras excluir la presencia de complicaciones neurológicas que no fueron detectadas previamente (p. ej., un hematoma crónico), debe considerarse la posibilidad de diagnósticos como el trastorno de síntomas somáticos o el trastorno facticio. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede concurrir con el TNC y tener síntomas que se solapen (p. ej., dificultades para concentrarse, ánimo deprimido o desinhibición comportamental agresiva).

Comorbilidad

Entre los individuos con trastornos por consumo de sustancias, los efectos neurocognitivos de la sustancia facilitan o agravan el cambio neurocognitivo asociado al TCE. Algunos síntomas asociados al TCE pueden solaparse con los síntomas que aparecen en algunos casos de TEPT, y los dos trastornos pueden concurrir, en especial en poblaciones militares.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. El deterioro neurocognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un delirium y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas.
C. La sustancia o medicamento involucrados, así como la duración y la magnitud de su consumo, son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.
D. El curso temporal de los déficits neurocognitivos es compatible con el calendario de consumo y abstinencia de la sustancia o medicación (es decir, los déficits se mantienen estables o mejoran tras un período de abstinencia).

E. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En la tabla siguiente se indican los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos neurocognitivos inducidos por [sustancia o medicamento específico]. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concurrente por consumo de una sustancia de la misma clase. Si existe algún trastorno concurrente leve por consumo de una sustancia junto con el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, el carácter en 4ª posición será "1", y el clínico hará constar "trastorno leve por consumo [de sustancia]" delante del trastorno neurocognitivo inducido por una sustancia (p. ej., trastorno leve por consumo de inhalantes con trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes). Si existe un trastorno moderado o grave por consumo concurrente por una sustancia junto con el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, el carácter en 4ª posición será "2", y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo [de sustancia]" o "trastorno grave por consumo [de sustancia]" dependiendo de la gravedad del trastorno por consumo concurrente de la sustancia. Si no existe un trastorno por consumo concurrente por sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de la sustancia), entonces el carácter en la 4ª posición será "9", y el clínico solamente hará constar el trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia. Para algunas clases de sustancias (p. ej., alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) no es admisible codificar un trastorno concurrente leve por consumo de la sustancia con un trastorno neurocognitivo inducido por la sustancia, solamente puede diagnosticarse un trastorno concurrente por consumo moderado o grave, o bien ningún trastorno por consumo de sustancia. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.

		CIE-10-MC		
	CIE-9-MC	Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol (trastorno neurocognitivo mayor), tipo no amnésico confabulatorio	291.2	NA	F10.27	F10.97
Alcohol (trastorno neurocognitivo mayor), tipo amnésico confabulatorio	291.1	NA	F10.26	F10.96
Alcohol (trastorno neurocognitivo leve)	291.89	NA	F10.288	F10.988
Inhalante (trastorno neurocognitivo mayor)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Inhalante (trastorno neurocognitivo leve)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo mayor)	292.82	NA	F13.27	F13.97
Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo leve)	292.89	NA	F13.288	F13.988
(Trastorno neurocognitivo mayor) relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	292.82	F19.17	F19.27	F19.97
(Trastorno neurocognitivo leve) relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	292.89	F19.188	F19.288	F.19.988

Especificar si:

Persistente: El deterioro neurocognitivo continúa siendo significativo tras un período prolongado de abstinencia.

Procedimientos de registro

CIE-9-MC. El nombre del trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia/medicamento específico (p. ej., alcohol) que se supone que es el causante de los síntomas neurocognitivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia. En las sustancias que no se ajustan en ninguna de las clases, se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica de sustancia, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

El nombre del trastorno (es decir, trastorno neurocognitivo mayor inducido por [sustancia específica] o trastorno neurocognitivo leve inducido por [sustancia específica]) va seguido del tipo en el caso del alcohol (es decir, tipo no amnésico confabulatorio, tipo amnésico confabulatorio) seguido de la especificación de la duración (p. ej., persistente). A diferencia de los procedimientos de registro de la CIE-10-MC, que combinan en un mismo código el trastorno inducido por sustancias o medicamentos con el trastorno por consumo de sustancias, en la CIE-9-MC se utiliza un código diagnóstico aparte para el trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en el caso de síntomas persistentes de tipo amnésico confabulatorio en un individuo con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es 291.1 trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, de tipo amnésico confabulatorio, persistente. También se hace constar un diagnóstico adicional 303.90 trastorno por consumo de alcohol, grave. Si el trastorno neurocognitivo inducido por una sustancia o medicamento sucede sin que exista un trastorno concurrente por consumo de la sustancia (es decir, tras un consumo intenso único de la sustancia), no se anota ningún trastorno concurrente por consumo de sustancia (p. ej., 292.82 trastorno neurocognitivo leve inducido por un inhalante).

CIE-10-MC. El nombre del trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos comienza con la sustancia específica (p. ej., alcohol) que se supone que es la causante de los síntomas neurocognitivos. El código diagnóstico se selecciona de la tabla incluida en el grupo de criterios, que se basa en la clase de sustancia y en la presencia o ausencia de un trastorno concurrente por consumo de sustancias. Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de las clases, se utilizará el código "otra sustancia", y en los casos en que se considere que una sustancia es un factor etiológico pero se desconoce la clase específica, se utilizará la categoría "sustancia desconocida".

Para registrar el nombre del trastorno, se indica en primer lugar el trastorno concurrente por consumo de sustancias (si existe) y a continuación la palabra "con" seguida del nombre del trastorno (es decir, trastorno neurocognitivo mayor inducido por [sustancia específica] o trastorno neurocognitivo leve inducido por [sustancia específica]), seguido del tipo en el caso del alcohol (es decir, tipo no amnésico confabulatorio, tipo amnésico confabulatorio), seguido de la especificación de la duración (p. ej., persistente). Por ejemplo, en el caso de síntomas amnésicos confabulatorios persistentes en un individuo con un trastorno grave por consumo de alcohol, el diagnóstico es F10.26 trastorno grave por consumo de alcohol con trastorno neurocognitivo mayor de tipo amnésico confabulatorio, persistente. No se utiliza un diagnóstico aparte del trastorno concurrente grave por consumo de alcohol. Si el trastorno neurocognitivo inducido por sustancias se produce sin un trastorno concurrente por consumo de sustancias (p. ej., después de un consumo importante puntual de inhalantes), no se hace constar ningún trastorno acompañante por consumo de sustancias (p. ej., F18.988 trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes).

Características diagnósticas

El TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos se caracteriza por déficits neurocognitivos que persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas (Criterio B). Inicialmente, estas manifestaciones pueden reflejar una lenta recuperación de las funciones cerebrales tras un período de consumo de sustancias prolongado. Pueden observarse mejorías en los indicadores

neurocognitivos y de neuroimagen a lo largo de muchos meses. Si el trastorno se mantiene durante un período prolongado, se debe utilizar el especificador *persistente*. La sustancia en cuestión y su uso deben estar reconocidos como potencial causa de las alteraciones observadas (Criterio C). Aunque pueden verse deterioros inespecíficos en un rango de habilidades cognitivas con casi cualquier sustancia de abuso y con diversos medicamentos, algunos patrones aparecen con más frecuencia con determinadas clases de sustancia. Por ejemplo, el TNC debido a fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. ej., benzodiazepinas, barbitúricos) puede presentar mayor alteración de la memoria que de otras funciones cognitivas. El TNC inducido por alcohol a menudo se manifiesta por una combinación de disfunción en los dominios de función ejecutiva, memoria y aprendizaje. El curso temporal del TNC inducido por sustancias debe concordar con el del uso de la sustancia en cuestión (Criterio D). En el TNC amnésico confabulatorio inducido por alcohol (de Korsakoff), los síntomas incluyen una amnesia prominente (importante dificultad para aprender información nueva, que se olvida rápidamente) y tendencia a confabular. Estas manifestaciones pueden aparecer junto con signos de encefalopatía por déficit de tiamina (encefalopatía de Wernicke), con características asociadas como el nistagmo y la ataxia. La oftalmoplejía de la encefalopatía de Wernicke se caracteriza típicamente por una parálisis de la mirada lateral.

Además de o independientemente de los síntomas neurocognitivos más comúnmente relacionados con el uso de la metanfetamina (p. ej., dificultades en el aprendizaje, la memoria y la función ejecutiva), el consumo de metanfetamina puede asociarse con signos de daño vascular (p. ej., debilidad focal, descoordinación unilateral, reflejos asimétricos). El perfil neurocognitivo más común se aproxima al observado en el TNC vascular.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El TNC de duración intermedia inducido por sustancias con efectos depresores sobre el sistema nervioso central puede manifestarse con síntomas añadidos de mayor irritabilidad, ansiedad, alteraciones del sueño y disforia. El TNC de duración intermedia inducido por sustancias estimulantes puede manifestarse mediante depresión, hipersomnia y apatía de rebote. En las formas graves de TNC mayor inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., el asociado con el consumo de alcohol de larga duración) puede haber rasgos neuromotores prominentes, como descoordinación, ataxia y lentitud motora. También puede haber pérdida de control emocional, con afecto agresivo o inadecuado y apatía.

Prevalencia

No se conoce la prevalencia de estos trastornos. Se dispone de cifras sobre la prevalencia del abuso de sustancias, siendo los TNC mayor y leve inducidos por sustancias/medicamentos más probables en los individuos que son mayores, han estado consumiendo durante más tiempo y tienen otros factores de riesgo, como déficits nutricionales.

Para el abuso de alcohol, la tasa de TNC leve de duración intermedia es de aproximadamente el 30-40 % en los primeros 2 meses de abstinencia. El TNC leve puede persistir, en especial en aquellos que no consiguen mantener una abstinencia estable hasta pasados los 50 años de edad. El TNC mayor es infrecuente y puede ser resultado de déficits nutricionales concomitantes, como en el TNC amnésico confabulatorio inducido por alcohol.

El TNC leve de duración intermedia inducido por sustancias/medicamentos puede aparecer en un tercio o más de los sujetos que dejan de consumir cocaína, metanfetamina, opiáceos, fenciclidina y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Existen ciertas pruebas de que estas sustancias también pueden estar relacionadas con el TNC leve persistente. El TNC mayor asociado con estas sustancias es raro, si es que se da. En el caso de la metanfetamina también puede aparecer enfermedad cerebrovascular, que ocasiona daño cerebral difuso o focal y que, a nivel neurocognitivo, puede ser mayor o leve. La exposición a disolventes se ha relacionado con el TNC mayor y con el menor, con duración tanto intermedia como persistente.

La existencia de un TNC inducido por cannabis y diversos alucinógenos es controvertida. La intoxicación por cannabis se acompaña de varias alteraciones neurocognitivas, pero éstas tienden a desaparecer con la abstinencia.

Desarrollo y curso

Los trastornos por consumo de sustancias tienden a comenzar durante la adolescencia y alcanzan un pico en la veintena y la treintena. Aunque los antecedentes de trastorno grave por uso de sustancias de mayor duración se asocian con una mayor probabilidad de TNC, estas asociaciones no son directas, siendo común la recuperación sustancial e incluso completa de las funciones neurocognitivas en los individuos que logran una abstinencia estable antes de tener 50 años. Es más probable que el TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos se vuelva persistente en los individuos que mantienen el abuso de sustancias pasada la edad de 50 años, presumiblemente al combinarse la menor plasticidad neuronal y el comienzo de otros cambios cerebrales asociados con la edad. Un inicio más temprano del abuso, en especial de alcohol, puede dar lugar a defectos en el posterior desarrollo neural (p. ej., en etapas posteriores de maduración de los circuitos frontales), que pueden tener efectos sobre la cognición social además de otras habilidades neurocognitivas. Para el TNC inducido por alcohol puede haber un efecto aditivo de la edad y el daño cerebral inducido por alcohol.

Factores de riesgo y pronóstico

Los factores de riesgo para los TNC inducidos por sustancias/medicamentos son la mayor edad, el tiempo de consumo más prolongado y la persistencia del consumo pasados los 50 años. Además, para el TNC inducido por alcohol, los déficits nutricionales de larga evolución, la enfermedad hepática, los factores de riesgo vascular y la enfermedad cardiovascular y cerebrovascular pueden contribuir al riesgo.

Marcadores diagnósticos

La resonancia magnética (RM) de los individuos con abuso crónico de alcohol a menudo muestra adelgazamiento cortical, pérdida de sustancia blanca y aumento de los surcos y ventrículos. Mientras que las anomalías en las pruebas de neuroimagen son más comunes en quienes tienen TNC, se pueden observar TNC sin anomalías en las pruebas de neuroimagen, y viceversa. Hay técnicas especializadas (p. ej., imágenes por tensor de difusión) que pueden mostrar lesiones en determinados haces de la sustancia blanca. La espectroscopía por resonancia magnética puede mostrar disminuciones del *N*-acetilaspartato y aumentos de los marcadores de inflamación (p. ej., mioinositol) o de lesión de la sustancia blanca (p. ej., colina). Muchas de las alteraciones en las neuroimágenes y de las manifestaciones neurocognitivas revierten tras lograr la abstinencia. En los individuos con trastorno por uso de metanfetamina, la RM también puede mostrar hiperintensidades sugestivas de microhemorragias o de áreas de infarto mayores.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos

En ocasiones, las consecuencias funcionales del TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos se ven potenciadas por una disminución de la eficiencia cognitiva y una dificultad para concentrarse mayores que en muchos otros TNC. Además, ya sean de tipo mayor o leve, los TNC inducidos por sustancias/medicamentos pueden asociarse a síndromes motores que aumentan el nivel de discapacidad funcional.

Diagnóstico diferencial

Los individuos con trastornos por consumo de sustancias, intoxicación por sustancias y abstinencia de sustancias tienen un riesgo aumentado de presentar otras afecciones que bien de manera independiente, bien a través de un efecto combinado, pueden tener como resultado una alteración neurocognitiva. Éstas incluyen los antecedentes de traumatismo cerebral y las infecciones que pueden acompañar al trastorno por uso de sustancias (p. ej., VIH, virus de la hepatitis C, sífilis). Por tanto, la presencia de TNC mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos debe diferenciarse de los TNC que surgen fuera del contexto del uso, la intoxicación y la abstinencia de sustancias, incluyendo estos trastornos acompañantes (p. ej., traumatismo cerebral).

Comorbilidad

Los trastornos por consumo de sustancias, la intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias tienen una elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El trastorno de estrés postraumático, los trastornos psicóticos, los trastornos depresivos y bipolares, y los trastornos del neurodesarrollo concomitantes pueden contribuir a la disfunción neurocognitiva en los consumidores de sustancias. El traumatismo cerebral se da con mayor frecuencia cuando hay consumo de sustancias, lo que dificulta los intentos de determinar la etiología del TNC en estos casos. El trastorno por consumo de alcohol grave y de larga evolución puede asociarse con enfermedades de los sistemas orgánicos principales, incluidas la enfermedad cerebrovascular y la cirrosis. El TNC inducido por anfetaminas puede acompañarse de TNC vascular, mayor o leve, también secundario al consumo de anfetaminas.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. Existe una infección documentada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
C. El trastorno neurocognitivo no se explica mejor por otra afección distinta de un VIH, incluidas enfermedades cerebrales secundarias como una leucoencefalopatía multifocal progresiva o una meningitis criptocócica.
D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH con alteración del comportamiento, codificar primero **042 (B20)** infección por VIH, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH con alteración del comportamiento. En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH sin alteración del comportamiento, codificar primero **042 (B20)** infección por VIH, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH sin alteración del comportamiento.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una infección por VIH, codificar **331.83 (G31.84).** (**Nota:** *No* usar un código adicional para la infección por VIH. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

La enfermedad por el VIH la produce la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1), que se adquiere mediante la exposición a los fluidos corporales de una persona que padece la infección a través del consumo de drogas inyectadas, del contacto sexual sin protección o de la exposición accidental o yatrogénica (p. ej., suministro de sangre contaminada, lesión por pinchazo de una aguja en el personal sanitario). El VIH infecta diferentes tipos de células y, en particular, a las células inmunitarias. A lo largo del tiempo, la infección puede producir una depleción grave de linfocitos T-colaboradores (CD4), que tiene como resultado un grave compromiso inmunitario que a menudo conduce a la aparición de infecciones oportunistas y neoplasias. Esta forma avanzada de infección por el VIH se denomina *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* (SIDA). El diagnóstico del VIH se confirma mediante métodos de laboratorio establecidos, como el ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas para los anticuerpos anti-VIH, con confirmación mediante inmunomanchado Western, o los ensayos para el VIH basados en la reacción en cadena de la polimerasa.

Algunos individuos con infección por el VIH desarrollan un TNC que habitualmente es de patrón "subcortical" con disfunción ejecutiva prominente, ralentización de la velocidad de procesamiento, problemas con las tareas que exigen más atención y dificultades para aprender información nueva, aunque con menos problemas para recordar la información aprendida. En el TNC mayor, la ralentización puede ser prominente. Las dificultades del lenguaje, como la afasia, son raras, aunque puede haber una disminución de la fluencia. Los procesos patogénicos del VIH pueden afectar a cualquier parte del cerebro, por lo que son posibles otros patrones.

<= Ir a la Clasificación

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El TNC mayor o leve debido a la infección por el VIH es habitualmente más prevalente en los individuos con episodios previos de inmunosupresión grave, cargas virales elevadas en el líquido cefalorraquídeo e indicadores de enfermedad avanzada por el VIH, como la anemia y la hipoalbuminemia. Los individuos con TNC avanzado pueden presentar síntomas neuromotores prominentes, como descoordinación grave, ataxia y lentitud motora. Puede haber pérdida de control emocional, con afecto agresivo o inapropiado y apatía.

Prevalencia

Dependiendo de la fase de la enfermedad por el VIH, aproximadamente entre un tercio y más de la mitad de los individuos infectados por el VIH presentan una alteración neurocognitiva al menos leve, aunque puede que algunas de estas alteraciones no cumplan los criterios completos del TNC leve. Se estima que el 25 % de los individuos con VIH tendrá signos y síntomas que cumplan los criterios del TNC leve y que en menos del 5 % se cumplirían los criterios del TNC mayor.

Desarrollo y curso

El TNC debido a la infección por el VIH puede resolverse, mejorar, empeorar lentamente o presentar un curso fluctuante. La rápida progresión hacia una disfunción neurocognitiva profunda es poco habitual en el contexto del tratamiento antirretroviral combinado disponible en la actualidad; en consecuencia, un cambio brusco en el estado mental de un individuo con VIH debe dar lugar a una valoración de las otras causas médicas capaces de explicar el cambio cognitivo, incluidas las infecciones secundarias. Puesto que a lo largo del curso de la enfermedad la infección por el VIH afecta preferentemente a las regiones subcorticales, incluida la sustancia blanca profunda, la progresión de la enfermedad sigue un patrón "subcortical". Puesto que el VIH puede afectar a diversas regiones cerebrales y la enfermedad puede seguir muchas trayectorias diferentes dependiendo de la comorbilidad asociada y de las consecuencias del VIH, el curso global del TNC debido a la infección por el VIH presenta una heterogeneidad considerable. A lo largo de la vida, el perfil neurocognitivo subcortical puede interactuar con la edad, pudiendo aparecer ralentización psicomotora y alteraciones motoras, como una marcha más lenta, a consecuencia de otras afecciones asociadas a la edad, de manera que la progresión global puede parecer más pronunciada en edades avanzadas.

En los países desarrollados, la enfermedad por el VIH es fundamentalmente una afección de los adultos que se adquiere mediante conductas de riesgo (p. ej., sexo sin protección, consumo de drogas inyectadas) que se inician en la adolescencia tardía y alcanzan un pico durante la juventud y la mediana edad. En los países en vías de desarrollo, en especial en el África subsahariana, donde las pruebas del VIH y los tratamientos antirretrovirales para las mujeres embarazadas no son fácilmente accesibles, la transmisión perinatal es común. El TNC en estos bebés y niños puede presentarse fundamentalmente como un retraso del neurodesarrollo. A medida que los individuos tratados del VIH sobreviven hasta edades más avanzadas, los efectos neurocognitivos aditivos e interactivos del VIH y del envejecimiento, incluidos otros TNC (p. ej., debido a enfermedad de Alzheimer, debido a enfermedad de Parkinson), se hacen más posibles.

Factores de riesgo y pronóstico

Factores de riesgo y pronóstico para la infección por VIH. Los factores de riesgo de la infección por el VIH son el uso de drogas inyectadas, el sexo sin protección, el suministro de sangre sin protección y otros factores yatrogénicos.

Factores de riesgo y pronóstico para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH. Paradójicamente, el TNC debido a la infección por el VIH no se ha reducido de manera significativa con la llegada de la terapia antirretroviral combinada, aunque las presentaciones más graves (coincidentes con un diagnóstico de TNC mayor) se han reducido marcadamente. Algunos factores contribuyentes pueden ser el control inadecuado del VIH en el sistema nervioso central (SNC), la aparición de cepas virales resistentes a fármacos, los efectos a largo plazo de la inflamación crónica sistémica y cerebral, y los efectos de factores concurrentes como el envejecimiento, el abuso de drogas, los antecedentes de traumatismos del SNC y las infecciones concomitantes, como la hepatitis C. Se ha planteado que la exposición crónica a los fármacos antirretrovirales también podría producir neurotoxicidad, aunque esto no se ha establecido de manera definitiva.

Marcadores diagnósticos

Se requieren pruebas séricas de VIH para realizar el diagnóstico. Además, puede ser útil el estudio de VIH del líquido cefalorraquídeo si muestra una carga viral desproporcionadamente elevada en líquido cefalorraquídeo en comparación con plasma. Las pruebas de neuroimagen (es decir, la resonancia magnética [RM]) pueden mostrar reducción del volumen cerebral total, adelgazamiento cortical, reducción del volumen de sustancia blanca, y áreas parcheadas de sustancia blanca anómala (hiperintensidades). La RM o la punción lumbar pueden ser útiles para excluir una afección médica específica, como la infección por criptococo o la encefalitis herpética, que puede contribuir a los cambios en el SNC en el contexto del SIDA. Técnicas especializadas como las imágenes por tensor de difusión pueden mostrar lesiones en tractos específicos de sustancia blanca.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a infección por VIH

Las consecuencias funcionales del TNC mayor o leve debido a la infección por el VIH varían en los distintos individuos. Así pues, la afectación de las habilidades ejecutivas y la lentificación del procesamiento de la información pueden interferir de manera sustancial con las complejas decisiones relativas al tratamiento que se requieren para mantener la observancia de las pautas de tratamiento antirretroviral combinado. La probabilidad de padecer otras enfermedades concurrentes puede añadir más dificultades funcionales.

Diagnóstico diferencial

En presencia de procesos comórbidos como otras infecciones (p. ej., virus de la hepatitis C, sífilis), el abuso de drogas (p. ej., abuso de metanfetamina) y los antecedentes de traumatismos cerebrales o trastornos del neurodesarrollo, puede diagnosticarse un TNC mayor o leve debido a infección por el VIH siempre que haya pruebas de que la infección por el VIH ha empeorado cualquier TNC preexistente debido a dichas afecciones preexistentes o concurrentes. En los ancianos puede ser necesario diferenciar el inicio del declive neurocognitivo asociado a las enfermedades cerebrovasculares o a la neurodegeneración (p. ej., TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer). En general, un estado neurocognitivo estable, fluctuante (sin progresión) o que mejora iría a favor de la etiología relacionada con el VIH, mientras que un deterioro continuo o escalonado sugeriría una etiología neurodegenerativa o vascular. Puesto que la inmunodeficiencia más grave puede dar lugar a infecciones cerebrales oportunistas (p. ej., toxoplasmosis, criptococosis) y neoplasias (p. ej., linfoma del SNC), el inicio brusco de un TNC o el empeoramiento brusco de dicho trastorno requiere una investigación activa de otras etiologías distintas del VIH.

Comorbilidad

La enfermedad por el VIH se acompaña de inflamación crónica sistémica y neurológica que puede asociarse a enfermedad cerebrovascular y síndrome metabólico. Estas complicaciones pueden ser parte de la patogenia del TNC mayor o leve debido a infección por el VIH. El VIH concurre a menudo con afecciones como los trastornos por consumo de sustancias inyectables y otras enfermedades de transmisión sexual.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a enfermedad por priones

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. Es habitual que el trastorno presente un inicio insidioso y una progresión rápida.
C. Existen características motoras de una enfermedad por priones, como mioclonos o ataxia, o evidencias del biomarcador.

D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones con alteración del comportamiento, codificar primero **046.79 (A81.9)** enfermedad por priones, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones, con alteración del comportamiento. En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones sin alteración del comportamiento, codificar primero **046.79 (A81.9)** enfermedad por priones, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones, sin alteración del comportamiento.
Para un trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad por priones, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad por priones. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

La clasificación del TNC mayor o leve debido a una enfermedad por priones incluye los TNC secundarios a un grupo de encefalopatías espongiformes subagudas (como la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, el kuru, el síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el insomnio letal) causadas por unos agentes transmisibles denominados *priones*. El tipo más común es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, que habitualmente se conoce como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). La variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es mucho más rara y se asocia con la transmisión de la encefalopatía espongiforme bovina, también conocida como "enfermedad de las vacas locas". Los individuos con ECJ típicamente presentan déficits neurocognitivos, ataxia y movimientos anormales como mioclonías, corea o distonía; también es común el reflejo de sobresalto. La historia típicamente muestra una rápida progresión hacia el TNC mayor a lo largo de un período de tan solo 6 meses, por lo que el trastorno normalmente sólo se observa en su forma mayor. Sin embargo, muchos individuos con el trastorno pueden tener presentaciones atípicas y el trastorno sólo puede confirmarse mediante biopsia o autopsia. Los individuos con variante de la ECJ pueden tener predominio de síntomas psiquiátricos, que se caracterizan por ánimo bajo, retraimiento y ansiedad. La enfermedad por priones típicamente no se diagnostica sin al menos uno de los biomarcadores característicos: lesiones reconocidas en la resonancia magnética con imágenes potenciadas en difusión (DWI) o con recuperación de inversión con atenuación de fluido (FLAIR), tau o proteína 14-3-3 en el líquido cefalorraquídeo, ondas trifásicas características en el electroencefalograma o, para las formas familiares raras, antecedentes familiares o pruebas genéticas.

Prevalencia

La incidencia anual de la ECJ esporádica es de aproximadamente 1 o 2 casos por millón de habitantes. La prevalencia se desconoce, pero es muy baja dada la corta supervivencia.

Desarrollo y curso

La enfermedad por priones puede desarrollarse a cualquier edad en los adultos –el pico de edad para la ECJ esporádica se sitúa aproximadamente en los 67 años–, aunque se han descrito casos desde la adolescencia hasta etapas tardías de la vida. Los síntomas prodrómicos de la enfermedad por priones incluyen fatiga, ansiedad, problemas de apetito o de sueño y dificultades para concentrarse. Tras varias semanas, estos síntomas pueden seguirse de descoordinación, alteraciones de la visión y anomalías de la marcha u otros movimientos que pueden ser mioclónicos, coreoatetoides o balísticos, junto con una demencia rápidamente progresiva. El trastorno típicamente progresa de forma muy rápida hasta el grado máximo de discapacidad en unos meses. Más raramente puede progresar a lo largo de 2 años y su curso puede parecer similar al de otros TNC.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Se ha demostrado la transmisión entre especies de las infecciones por priones estrechamente relacionados con la forma humana (p. ej., el brote de encefalopatía espongiforme bovina que indujo la variante de la ECJ en el Reino Unido a mediados de los años noventa). Se ha documentado la transmisión mediante el trasplante de córnea y por inyección de factor de crecimiento humano, y se han comunicado casos anecdóticos de transmisión a trabajadores sanitarios.

Genéticos y fisiológicos. Hay un componente genético en hasta el 15 % de los casos, asociado con una mutación autosómica dominante.

Marcadores diagnósticos

La enfermedad por priones sólo puede ser confirmada de manera definitiva mediante biopsia o autopsia. Aunque en las enfermedades por priones no hay hallazgos distintivos en el análisis del líquido cefalorraquídeo, se están desarrollando biomarcadores fiables como la proteína 14-3-3 (en especial para la ECJ esporádica) y la proteína tau. Las imágenes de resonancia magnética con DWI se consideran en la actualidad la prueba diagnóstica más sensible, siendo las hiperintensidades multifocales en las sustancia gris de las regiones corticales y subcorticales el hallazgo más común. En algunos individuos, el electroencefalograma muestra descargas agudas, a menudo trifásicas y sincrónicas con una frecuencia de 0,5-2 Hz, en algún momento a lo largo del transcurso del trastorno.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos neurocognitivos mayores. El TNC mayor debido a enfermedad por priones puede presentar un curso similar a otros TNC, pero las enfermedades por priones típicamente se distinguen por su rápida progresión y los síntomas cerebelosos y motores prominentes.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. El trastorno aparece en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida.
C. El trastorno presenta un inicio insidioso y una progresión rápida.
D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve probablemente debido, la enfermedad de Parkinson** si se cumplen los criterios 1 y 2. Se debe diagnosticar un **trastorno neurocognitivo mayor o leve posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson** si sólo se cumple el criterio 1 o el 2:

1. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).
2. La enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del trastorno neurocognitivo.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido

<= Ir a la Clasificación

a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.11 (F02.81)**. Para un trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento, codificar primero **332.0 (G20)** enfermedad de Parkinson, seguido de **294.10 (F02.80)**.

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad de Parkinson. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno neurocognitivo (TNC) mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson es el declive cognitivo que aparece después del inicio de la enfermedad de Parkinson. La alteración debe aparecer en el transcurso de la enfermedad de Parkinson establecida (Criterio B) y los déficits deben haberse desarrollado gradualmente (Criterio C). El TNC se considera *probablemente* debido a la enfermedad de Parkinson cuando no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo *y* cuando la enfermedad de Parkinson precede claramente al inicio del TNC. El TNC se considera *posiblemente* debido a la enfermedad de Parkinson cuando *o bien* no hay indicios de otra enfermedad que pudiera estar contribuyendo al declive cognitivo, *o bien* la enfermedad de Parkinson precede al inicio del TNC, pero no ambos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Algunos síntomas que a menudo están presentes son la apatía, el ánimo deprimido, la ansiedad, las alucinaciones, los delirios, los cambios en la personalidad, el trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos y la somnolencia diurna excesiva.

Prevalencia

En Estados Unidos, la prevalencia de la enfermedad de Parkinson aumenta progresivamente con la edad desde aproximadamente un 0,5 % entre los 65 y los 69 años hasta un 3 % a partir de los 85 años. La enfermedad de Parkinson es más común en hombres que en mujeres. Hasta el 75 % de los individuos con enfermedad de Parkinson desarrollará un TNC mayor en algún momento del curso de su enfermedad. Se ha estimado que la prevalencia del TNC leve en la enfermedad de Parkinson es del 27 %.

Desarrollo y curso

La enfermedad de Parkinson se inicia típicamente entre la sexta y la novena décadas de la vida, apareciendo la mayoría de los casos a principios de la década de los 60 años. El TNC leve a menudo se desarrolla de manera relativamente temprana en el curso de la enfermedad de Parkinson, mientras que el deterioro mayor típicamente no aparece hasta más tarde.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Entre los factores de riesgo de la enfermedad de Parkinson está la exposición a herbicidas y pesticidas.

Genéticos y fisiológicos. Son posibles factores de riesgo del TNC entre los individuos con enfermedad de Parkinson la edad más avanzada al iniciarse el trastorno y la mayor duración de la enfermedad.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas neuropsicológicas, en especial las que no dependen del funcionamiento motor, son cruciales para detectar los déficits cognitivos nucleares, en especial en la fase del TNC leve. Las neuroimágenes estructurales y los escáneres del transportador de dopamina, como los Dat scans, pueden diferenciar entre las demencias relacionadas con los cuerpos de Lewy (la de la enfermedad de Parkin-

son y la demencia con cuerpos de Lewy) de las no relacionadas con los cuerpos de Lewy (p. ej., la enfermedad de Alzheimer), y en ocasiones pueden ayudar a evaluar el TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson.

Diagnóstico diferencial

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con cuerpos de Lewy. Esta distinción se basa sustancialmente en los tiempos y la secuencia de los síntomas motores y cognitivos. Para que el TNC se pueda atribuir a la enfermedad de Parkinson, los síntomas motores y el resto de síntomas de la enfermedad de Parkinson deben estar presentes tiempo antes (por convenio, al menos 1 año antes) de que el declive cognitivo alcance el nivel del TNC mayor, mientras que en el TNC mayor o leve con cuerpos de Lewy, los síntomas cognitivos comienzan poco antes o a la vez que los síntomas motores. Para el TNC leve, los tiempos son más difíciles de establecer, puesto que el diagnóstico en sí está menos claro y los dos trastornos forman parte de un continuo. Salvo que la enfermedad de Parkinson lleve un tiempo establecida antes de que se inicie el declive cognitivo, o que haya características típicas de un TNC mayor o leve con cuerpos de Lewy, es preferible diagnosticar el TNC leve no especificado.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Los síntomas motores son la clave para distinguir el TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson del TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, ambos trastornos pueden concurrir.

Trastorno neurocognitivo vascular mayor o leve. El TNC vascular mayor o leve puede presentarse con síntomas parkinsonianos como la lentitud psicomotora, que puede aparecer como consecuencia de la enfermedad subcortical de pequeños vasos. Sin embargo, estos síntomas parkinsonianos son típicamente insuficientes para diagnosticar una enfermedad de Parkinson, y habitualmente el curso del TNC se asocia claramente con cambios cerebrovasculares.

Trastorno neurocognitivo debido a otra afección médica (p. ej., trastornos neurodegenerativos). Cuando se está considerando un diagnóstico de TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Parkinson, también se debe distinguir de otros trastornos cerebrales como la parálisis supranuclear progresiva, la degeneración corticobasal, la atrofia multisistémica, los tumores y la hidrocefalia.

Parkinsonismo inducido por neurolépticos. El parkinsonismo inducido por neurolépticos puede aparecer en individuos con otros TNC, en especial cuando los fármacos bloqueadores de la dopamina se prescriben para las manifestaciones comportamentales de estos trastornos.

Otras afecciones médicas. El delirium y los TNC debidos a los efectos secundarios de los fármacos bloqueadores de la dopamina y a otras afecciones médicas (p. ej., la sedación o la disfunción cognitiva, el hipotiroidismo grave, el déficit de B_{12}) también deben descartarse.

Comorbilidad

La enfermedad de Parkinson puede coexistir con la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad cerebrovascular, en especial en los ancianos. La combinación de múltiples patologías puede reducir las capacidades funcionales de los individuos con enfermedad de Parkinson. Los síntomas motores y la frecuente concurrencia de depresión o apatía pueden empeorar la discapacidad funcional.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. Se observa un inicio insidioso y una progresión gradual.
C. Existe enfermedad de Huntington clínicamente establecida o existe riesgo de la misma en función de los antecedentes familiares o las pruebas genéticas.

<= Ir a la Clasificación

D. El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica ni puede explicarse mejor por otro trastorno mental.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad Huntington, con alteración del comportamiento, codificar primero **333.4 (G10)** enfermedad de Huntington, seguido de **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento. En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad Huntington, sin alteración del comportamiento, codificar primero **333.4 (G10)** enfermedad de Huntington, seguido de **294.10 (F02.80)** trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento.
Para un trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la enfermedad de Huntington. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

El deterioro cognitivo progresivo es una característica esencial de la enfermedad de Huntington, con cambios tempranos en la función ejecutiva (es decir, velocidad de procesamiento, organización y planificación) en lugar de en el aprendizaje y la memoria. Los cambios cognitivos y comportamentales asociados suelen preceder la aparición de las típicas anomalías motoras, la bradicinesia (es decir, la ralentización del movimiento voluntario) y la corea (es decir, movimientos involuntarios bruscos). Se hace un diagnóstico definitivo de enfermedad de Huntington si aparecen anomalías motoras extrapiramidales inequívocas en un individuo con antecedentes familiares de enfermedad de Huntington o con una prueba genética que muestra una expansión de trinucleótidos CAG repetidos en el gen HTT, localizado en el cromosoma 4.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La depresión, la irritabilidad, la ansiedad, los síntomas obsesivo-compulsivos y la apatía se asocian con frecuencia a la enfermedad de Huntington, mientras que la psicosis lo hace de forma más rara, y a menudo estos síntomas preceden al inicio de los síntomas motores.

Prevalencia

Los déficits neurocognitivos son el resultado final de la enfermedad de Huntington, cuya prevalencia mundial se estima en 2,7 por 100.000. La prevalencia de la enfermedad de Huntington en Norteamérica, Europa y Australia es de 5,7 por 100.000, mientras que en Asia es mucho menor, de 0,40 por 100.000.

Desarrollo y curso

La edad media al diagnosticarse la enfermedad de Huntington es de unos 40 años, aunque esto varía ampliamente. La edad de inicio presenta una correlación inversa con la longitud de la expansión CAG. La enfermedad de Huntington juvenil (de inicio antes de los 20 años) puede presentarse más a menudo con bradicinesia, distonía y rigidez que con los movimientos coreicos que son característicos del trastorno de inicio en la edad adulta. El trastorno es gradualmente progresivo, con una supervivencia mediana de aproximadamente 15 años a partir del diagnóstico de los síntomas motores.

La expresión fenotípica de la enfermedad de Huntington varía en función de la presencia de síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Las anomalías psiquiátricas y cognitivas pueden preceder a la alteración motora en al menos 15 años. Los síntomas iniciales que requieren atención a menudo incluyen la irritabilidad, la ansiedad y el ánimo deprimido. Otras alteraciones comportamentales son apatía intensa, desinhibición, impulsividad y escasa introspección, habiendo a menudo un aumento progresivo de la apatía a lo largo del tiempo. Los síntomas motores tempranos pueden incluir la aparición de inquietud en las extremidades, así como leve *apraxia* (es decir, dificultades con los movimientos con propósito), en especial en las tareas motoras finas. A medida que progresa el trastorno aparecen otros problemas motores, como alteraciones en la marcha (*ataxia*) e inestabilidad postural. La alteración

motora acaba afectando a la articulación del habla (*disartria*), de forma que resulta muy difícil comprender el discurso, lo que puede producir un importante sufrimiento al obstaculizarse la comunicación en el contexto de una cognición comparativamente intacta. La enfermedad motora avanzada afecta gravemente a la marcha, con ataxia progresiva. Finalmente, los individuos ya no pueden deambular. La fase final de la enfermedad motora afecta al control motor de la masticación y la deglución, lo que típicamente contribuye de manera fundamental a la muerte del sujeto por neumonía por aspiración.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. La base genética de la enfermedad de Huntington es una expansión autosómica dominante de penetrancia completa del trinucleótido CAG, a menudo llamada *repetición CAG*, en el gen de la huntingtina. Una longitud de la repetición de 36 o más se asocia invariablemente con la enfermedad de Huntington, asociándose longitudes mayores a una edad de inicio más temprana.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas genéticas son los análisis clínicos fundamentales para diagnosticar la enfermedad de Huntington, que es un trastorno autosómico dominante con penetrancia completa. Se observa una expansión de trinucleótidos CAG repetidos en el gen que codifica la proteína huntingtina, localizado en el cromosoma 4. La enfermedad de Huntington no se diagnostica simplemente en presencia de la expansión génica, sino únicamente después de que aparezcan síntomas. Algunos individuos con antecedentes familiares solicitan las pruebas genéticas en una fase presintomática. Las características asociadas también pueden incluir cambios en las pruebas de neuroimagen; es bien conocida la pérdida de volumen en los ganglios basales, en especial del núcleo caudado y el putamen, que progresa a lo largo del curso de la enfermedad. Se han observado otros cambios estructurales y funcionales en las imágenes cerebrales, pero estas medidas siguen siendo únicamente para investigación.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a la enfermedad de Huntington

En la fase prodrómica de la enfermedad y de manera temprana tras el diagnóstico, lo más común es el declive laboral, refiriendo la mayoría de los individuos cierta pérdida de la habilidad para realizar el trabajo habitual. Los aspectos emocionales, comportamentales y cognitivos de la enfermedad de Huntington, como la desinhibición y los cambios de personalidad, están muy asociados con el declive funcional. Los déficits cognitivos que más contribuyen al declive funcional son las alteraciones en la velocidad de procesamiento, la iniciación y la atención, en lugar de la memoria. Puesto que la enfermedad de Huntington se inicia en los años de vida productivos, puede tener un efecto muy perturbador sobre el rendimiento en el ámbito laboral, además de en la vida social y familiar. A medida que progresa la enfermedad, la discapacidad debida a problemas como la alteración de la marcha, la disartria y los comportamientos irritables o impulsivos puede empeorar de manera sustancial el nivel de disfunción y aumentar las necesidades de cuidado diarias, superando las necesidades de cuidado atribuibles al declive cognitivo. Los movimientos coreicos graves pueden interferir sustancialmente con la provisión de cuidados como el baño, el vestido y el aseo.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales. Los síntomas tempranos de la enfermedad de Huntington pueden incluir inestabilidad del ánimo, irritabilidad y comportamientos compulsivos que podrían sugerir otro trastorno mental. Sin embargo, las pruebas genéticas o el desarrollo de síntomas motores distinguirán la presencia de la enfermedad de Huntington.

Otros trastornos neurocognitivos. Los síntomas tempranos de la enfermedad de Huntington, en especial los síntomas de disfunción ejecutiva y las alteraciones de la velocidad psicomotora, pueden ser similares a los de otros trastornos neurocognitivos (TNC) como el TNC vascular mayor o leve.

Otros trastornos del movimiento. La enfermedad de Huntington también debe diferenciarse de otros trastornos o afecciones que se asocian con corea, como la enfermedad de Wilson, la discinesia tardía inducida por medicamentos, la corea de Sydenham, el lupus eritematoso sistémico o la corea senil. Raramente, los individuos pueden presentar un curso similar al de la enfermedad de Huntington, pero sin pruebas genéticas positivas; esto se considera una fenocopia de la enfermedad de Huntington que es el resultado de una variedad de factores genéticos potenciales.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos existen pruebas de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de otra afección médica.
C. Los déficits cognitivos no se explican mejor con otra afección mental ni otro trastorno neurocognitivo específico (p. ej., enfermedad de Alzheimer, infección por VIH).

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento, codificar primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento (p. ej., 340 [G35] esclerosis múltiple, **294.11 [F02.81]** trastorno neurocognitivo mayor debido a esclerosis múltiple, con alteración del comportamiento). En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento, codificar primero la otra afección médica, seguida del trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento (p. ej., 340 [G35] esclerosis múltiple, **294.10 [F02.80]** trastorno neurocognitivo mayor debido a esclerosis múltiple, sin alteración del comportamiento).

Para un trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar un código adicional para la otra afección médica. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

Características diagnósticas

Otras afecciones médicas diversas pueden producir trastornos neurocognitivos (TNC). Éstas son: lesiones estructurales (p. ej., tumores cerebrales primarios o secundarios, hematoma subdural, hidrocefalia lentamente progresiva o normotensiva), hipoxia debida a hipoperfusión por insuficiencia cardíaca, afecciones endocrinológicas (p. ej., hipotiroidismo, hipercalcemia, hipoglucemia), afecciones nutricionales (p. ej., déficits de tiamina o niacina), otras afecciones infecciosas (p. ej., neurosífilis, criptococosis), trastornos inmunitarios (p. ej., arteritis temporal, lupus eritematoso sistémico), fallo hepático o renal, afecciones metabólicas (p. ej., enfermedad de Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromática, otros trastornos del almacenamiento de la edad adulta y de la infancia) y otras afecciones neurológicas (p. ej., epilepsia, esclerosis múltiple). En general, las causas poco habituales de daño del sistema nervioso central, como las descargas eléctricas o la radiación intracraneal, son evidentes a partir de la historia clínica. Lo que más apoya que el TNC esté inducido por la afección médica es la relación temporal entre el inicio o la exacerbación de dicha afección médica y el desarrollo del déficit cognitivo. La certeza diagnóstica en cuanto a esta relación puede aumentar si los déficits neurocognitivos mejoran parcialmente o se estabilizan en el contexto del tratamiento de la afección médica.

<= Ir a la Clasificación

Desarrollo y curso

Típicamente, el curso del TNC progresa de manera proporcional a la progresión del trastorno médico subyacente. Cuando el trastorno médico sea tratable (p. ej., hipotiroidismo), el déficit neurocognitivo podrá mejorar o al menos no progresar. Cuando la afección médica tenga un curso degenerativo (p. ej., la esclerosis múltiple secundariamente progresiva), los déficits neurocognitivos progresarán en paralelo al curso de la enfermedad.

Marcadores diagnósticos

Los hallazgos de la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como otras características clínicas, dependen de la naturaleza y la gravedad de la afección médica.

Diagnóstico diferencial

Otro trastorno neurocognitivo mayor o leve. La presencia de una afección médica a la que se pueda atribuir el TNC no descarta por completo la posibilidad de otro TNC mayor o leve. Si los déficits cognitivos persisten tras el tratamiento eficaz de una afección médica asociada, la responsable del declive cognitivo podría ser otra etiología.

Trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a etiologías múltiples

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
B. En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos existen pruebas de que el trastorno neurocognitivo es la consecuencia fisiopatológica de más de un factor etiológico, excluidas sustancias (p. ej., trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer con posterior aparición de un trastorno neurocognitivo vascular).
   Nota: Consultar los criterios diagnósticos de los distintos trastornos neurocognitivos debidos a las afecciones médicas concretas, donde hallará las directrices para establecer las etiologías correspondientes.
C. Los déficits cognitivos no se explican mejor con otro trastorno mental, ni aparecen exclusivamente durante el curso de un delirium.

Nota de codificación: En el caso de un trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento, codificar **294.11 (F02.81)**. En el caso del trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, sin alteración del comportamiento, codificar **294.10 (F02.80)**. Se deben codificar todas las afecciones médicas etiológicas (con excepción de la afección vascular) y codificarlas individual e inmediatamente antes del trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples (p. ej., **331.0 [G30.9]** enfermedad de Alzheimer, **331.82 [G31.83]** enfermedad por cuerpos de Lewy, **294.11 [F02.81]** trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento).
Cuando exista una etiología cerebrovascular que contribuya al trastorno neurocognitivo, el diagnóstico de trastorno neurocognitivo vascular también debe anotarse, además del trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples. Por ejemplo, una presentación de trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento, se codifica como sigue: **331.0 (G30.9)** enfermedad de Alzheimer, **294.11 (F02.81)** trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento, **290.40 (F01.51)** trastorno neurocognitivo vascular mayor, con alteración del comportamiento.
En caso de un trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples, codificar **331.83 (G31.84)**. (**Nota:** *No* usar códigos adicionales para las etiologías. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

<= Ir a la Clasificación

Esta categoría se incluye para contemplar la presentación clínica de un trastorno neurocognitivo (TNC) para el cual hay evidencia de que varias afecciones médicas probablemente han jugado un papel en su desarrollo. Además de la evidencia que indica la presencia de múltiples afecciones médicas que se sabe que producen TNC (es decir, hallazgos de la historia y la exploración física), puede ser útil referirse a los criterios diagnósticos y al texto para las diversas etiologías médicas (p. ej., TNC debido a enfermedad de Parkinson) para más información acerca de cómo establecer la conexión etiológica para esa afección médica en particular.

Trastorno neurocognitivo no especificado

799.59 (R41.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno neurocognitivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos neurocognitivos. La categoría del trastorno neurocognitivo no especificado se utiliza en situaciones en las que no puede determinarse la etiología concreta con la certeza suficiente para confirmar una atribución etiológica.

Nota de codificación: Para un trastorno neurocognitivo mayor o leve no especificado, codificar 799.59 (R41.9). (**Nota:** *No* usar códigos adicionales para las presuntas afecciones médicas etiológicas. La alteración del comportamiento no puede codificarse, pero aun así debería indicarse por escrito.)

<= Ir a la Clasificación

<= Ir al Índice

Trastornos de la personalidad

Este capítulo comienza con una definición general del trastorno de la personalidad que se aplica para cada uno de los diez trastornos de la personalidad específicos. Un *trastorno de la personalidad* es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

Al adentrarse en un proceso de revisión, y en especial en uno de esta complejidad, emergen diferentes puntos de vista, por lo que se ha hecho un gran esfuerzo para darles cabida. Por tanto, los trastornos de la personalidad están incluidos en las secciones II y III. El material en la Sección II representa una actualización del texto asociado con los mismos criterios que se encuentran en el DSM-IV-TR, mientras que la Sección III incluye el modelo de investigación propuesto para el diagnóstico de trastorno de la personalidad y la conceptualización desarrollada por el Grupo de trabajo sobre la personalidad y los trastornos de la personalidad del DSM-5. Tal y como evoluciona este campo, se espera que ambas versiones sirvan tanto en la práctica clínica como para las iniciativas de investigación, respectivamente.

En este capítulo se incluyen los siguientes trastornos de la personalidad:

- El **trastorno de la personalidad paranoide**, que es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- El **trastorno de la personalidad esquizoide**, que es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- El **trastorno de la personalidad esquizotípica**, que es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
- El **trastorno de la personalidad antisocial**, que es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- El **trastorno de la personalidad límite**, que es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- El **trastorno de la personalidad histriónica**, que es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- El **trastorno de la personalidad narcisista**, que es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El **trastorno de la personalidad evitativa**, que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El **trastorno de la personalidad dependiente**, que es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- El **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva**, que es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- El **cambio de la personalidad debido a otra afección médica**, que es un trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica (p. ej., una lesión del lóbulo frontal).
- **Otro trastorno de la personalidad especificado** y **trastorno de la personalidad no especificado** se agrupan en una categoría que se compone de dos situaciones: 1) un patrón de la personalidad del individuo que cumple los criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno

<= Ir a la Clasificación

específico de la personalidad, o 2) un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (p. ej., el trastorno de la personalidad pasiva-agresiva).

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este *cluster* se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C aglutina los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos. Cabe señalar que este sistema de clasificación, aunque es útil en algunos contextos de investigación y docentes, tiene serias limitaciones y no ha sido validado de forma consistente.

Por otra parte, las personas con frecuencia se presentan con trastornos de la personalidad concomitantes de diferentes grupos. Las estimaciones de la prevalencia de los distintos grupos indican un 5,7 % para los trastornos del grupo A, un 1,5 % para los trastornos del grupo B, un 6,0 % para los trastornos del grupo C, y un 9,1 % para cualquier trastorno de la personalidad, lo que muestra una frecuente coincidencia de los trastornos de los distintos *clusters*. Los datos de la Encuesta Epidemiológica Nacional 2001-2002 sobre el alcohol y las afecciónes relacionadas apuntan que aproximadamente el 15 % de los adultos estadounidenses tiene, al menos, un trastorno de la personalidad.

Modelos dimensionales de los trastornos de la personalidad

El enfoque diagnóstico utilizado en este manual representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional que considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos. Véase la Sección III para una descripción completa de un modelo tridimensional de los trastornos de la personalidad. Los grupos de trastornos de la personalidad del DSM-IV (es decir, raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso) también se pueden ver como dimensiones que representan los espectros de disfunción de la personalidad en un continuo con otros trastornos mentales. Los modelos dimensionales alternativos tienen mucho en común, y en conjunto cubren las áreas importantes de la disfunción de la personalidad. Se están investigando de manera activa su integración, su utilidad clínica y la relación con las categorías de diagnóstico del trastorno de la personalidad y diversos aspectos de la disfunción de la personalidad.

Trastorno general de la personalidad

Criterios

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:

    1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
    2. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
    3. Funcionamiento interpersonal.
    4. Control de los impulsos.

B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo craneoencefálico).

Características diagnósticas

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Tan sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad. La característica esencial de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: la cognición, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta, al menos, a la adolescencia o a la edad adulta temprana (Criterio D). El patrón no se explica mejor como una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento, la exposición a una toxina) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneoencefálico) (Criterio F). También se proporcionan los criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad que se incluyen en este capítulo.

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de funcionamiento del individuo a largo plazo, y las características particulares de la personalidad deben ser evidentes en la edad adulta temprana. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también se deben distinguir de las características que surgen en respuesta a los factores de estrés situacionales específicos o a los estados mentales transitorios (p. ej., el trastorno bipolar, la depresión o los trastornos de ansiedad, la intoxicación por sustancias). El clínico debe valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones. Aunque a veces es suficiente una sola sesión con el individuo para realizar el diagnóstico, a menudo es necesario llevar a cabo más de una entrevista y dejar pasar un tiempo entre las exploraciones. La evaluación también puede ser complicada por el hecho de que el individuo no considera problemáticas las características que definen un trastorno de la personalidad (los rasgos son a menudo egosintónicos). Para ayudar a superar esta dificultad, puede ser útil obtener una información complementaria de otros informantes.

Desarrollo y curso

Las características de un trastorno de la personalidad por lo general se vuelven reconocibles durante la adolescencia o la vida adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de modos de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable en el tiempo. Algunos tipos de trastornos de la personalidad (en particular los trastornos de la personalidad antisocial y límite) tienden a ser menos evidentes o remiten con la edad, mientras que esto parece ser menos cierto para algunos otros tipos (p. ej., los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva y esquizotípica).

Las categorías de trastorno de la personalidad se pueden aplicar a niños o adolescentes en casos excepcionales en los que los rasgos desadaptativos de la personalidad son especialmente dominantes, persistentes, y es improbable que se limiten a un momento particular del desarrollo o a la presencia de otro trastorno mental. Debe tenerse en cuenta que los rasgos del trastorno de personalidad que aparecen en la infancia persistirán probablemente sin cambios durante la vida adulta. Para diagnosticar en un individuo menor de 18 años un trastorno de la personalidad deberían aparecer las características durante al menos un año. La única excepción a esto es el trastorno de la personalidad anti-

social, que no se puede diagnosticar en las personas menores de 18 años. Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere un inicio anterior a la edad adulta, muchas personas no son objeto de atención clínica hasta relativamente tarde. Un trastorno de la personalidad puede agravarse tras la pérdida de personas que prestan un apoyo importante (p. ej., un cónyuge) o de situaciones sociales que previamente eran estabilizadoras (p. ej., un puesto de trabajo). Sin embargo, el desarrollo de un cambio en la personalidad en la adultez media o posteriormente debería ser objeto de una minuciosa evaluación para determinar la posible presencia de un cambio de personalidad debido a alguna afección médica o a un trastorno por consumo de sustancias no identificado.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los juicios sobre el funcionamiento de la personalidad deben tener en cuenta la etnia y el origen cultural y social del individuo. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con los problemas relacionados con la aculturación tras la inmigración o con la expresión de los hábitos, las costumbres o los valores religiosos y políticos que se profesen en la cultura originaria del individuo. Es útil para los clínicos, sobre todo en la evaluación de las personas con una procedencia diferente, obtener datos adicionales de informantes que estén familiarizados con las peculiaridades culturales de la persona.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Ciertos trastornos de la personalidad (p. ej., el trastorno de personalidad antisocial) se diagnostican más frecuentemente en los hombres. Otros (p. ej., los trastornos de la personalidad límite, histriónica y dependiente) se diagnostican con mayor frecuencia en las mujeres. Aunque estas diferencias en la prevalencia probablemente reflejan diferencias de género reales en la aparición de tales patrones, los clínicos deben ser cautelosos y no sobrediagnosticar o infradiagnosticar ciertos trastornos de la personalidad en las mujeres o en los hombres debido a los estereotipos sociales que condicionan los roles típicos de género y los comportamientos.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y rasgos de personalidad. Muchos de los criterios específicos de los trastornos de la personalidad describen las características (p. ej., la suspicacia, la dependencia, la insensibilidad) que también son propias de los episodios de otros trastornos mentales. Un trastorno de la personalidad sólo se debería diagnosticar cuando las características que lo definen hayan aparecido antes de la adultez temprana, cuando éstas sean típicas del funcionamiento del individuo a largo plazo y cuando no se produzcan exclusivamente durante un episodio de otro trastorno mental. La discriminación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos mentales persistentes, como el trastorno depresivo persistente (distimia), cuyo inicio es temprano y cursa de manera relativamente estable y perdurable, puede ser particularmente difícil (y no especialmente útil). Algunos trastornos de la personalidad mantienen una relación en "espectro" con otros trastornos mentales (p. ej., el trastorno de la personalidad esquizotípica y la esquizofrenia; el trastorno de la personalidad evitativa y el trastorno de ansiedad social [fobia social]) que están basados en las similitudes fenomenológicas o biológicas, o en la agregación familiar.

Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los rasgos de personalidad que no llegan al umbral de un trastorno de la personalidad. Los rasgos de personalidad se diagnostican como trastorno sólo cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y además causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Trastornos psicóticos. Para los tres trastornos de la personalidad que pueden estar relacionados con los trastornos psicóticos (esto es, paranoide, esquizoide y esquizotípica), constituye un criterio de exclusión que el patrón de comportamiento haya ocurrido exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia, de un trastorno bipolar o depresivo con rasgos psicóticos o de otro trastorno psicótico. Cuando un individuo sufre un trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia), precedido de un trastorno de la personalidad preexistente, también se debería anotar el trastorno de la personalidad, seguido de "previo" entre paréntesis.

Trastornos ansiosos y depresivos. El clínico debe tener cuidado en el diagnóstico de los trastornos de la personalidad que se presentan durante un episodio de un trastorno depresivo o de ansiedad,

puesto que ambos cuadros tienen características sintomáticas transversales que mimetizan rasgos de la personalidad. Este hecho supone una dificultad añadida en la evaluación retrospectiva y a largo plazo de los patrones de funcionamiento del individuo.

Trastorno de estrés postraumático. Cuando los cambios de personalidad surgen y persisten después de una exposición del individuo a un estresor extremo, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Trastornos por consumo de sustancias. Cuando una persona tiene un trastorno por consumo de sustancias, es fundamental no hacer un diagnóstico de trastorno de la personalidad basado únicamente en los comportamientos que son consecuencia de la intoxicación o la abstinencia de sustancias, o que están asociados con las actividades relacionadas con el consumo y la obtención de las sustancias (p. ej., el comportamiento antisocial).

Cambio de personalidad debido a otra afección médica. Cuando aparecen cambios en la personalidad como resultado de los efectos fisiológicos de otra afección médica (p. ej., un tumor cerebral), se debería considerar un diagnóstico de Cambio de la personalidad debido a otra afección médica.

Trastornos de la personalidad: Grupo A

Trastorno de la personalidad paranoide

Criterios diagnósticos 301.0 (F60.0)

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).
6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.
7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá "previo", es decir, trastorno de la personalidad paranoide (previo).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad paranoide es un patrón de suspicacia generalizada y de desconfianza hacia los demás de manera que sus motivos se interpretan como malévolos. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

<= Ir a la Clasificación

Los individuos con este trastorno suponen que otras personas les explotan, dañan o engañan, incluso aunque no exista ninguna evidencia que apoye esta creencia (Criterio A1). Sospechan sin ninguna base o con poca evidencia que otras personas están conspirando contra ellos y que pueden atacarles repentinamente, en cualquier momento y sin razón. A menudo sienten que han sido profunda e irreversiblemente dañados por otra u otras personas, aun cuando no existe una evidencia objetiva de ello. Están preocupados por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de sus amigos y socios, cuyas acciones examinan minuciosamente para descubrir sus intenciones hostiles (Criterio A2). Cualquier transgresión de la honradez o la lealtad que perciban sirve para apoyar sus presunciones ocultas. Se sorprenden de tal manera cuando un amigo o un socio muestran lealtad, que no pueden confiar o creer en que sea verdad. Si se meten en problemas, esperan que los amigos y los socios les ataquen o les ignoren.

Los individuos con trastorno de la personalidad paranoide son reacios a confiar o a mantener una relación cercana con los demás porque temen que la información que comparten vaya a ser usada en su contra (Criterio A3). Pueden negarse a contestar preguntas personales, diciendo que la información no es "asunto de nadie". Ellos ven significados ocultos que son degradantes y amenazantes en comentarios o acontecimientos benignos (Criterio A4). Por ejemplo, un individuo con este trastorno puede malinterpretar un error honesto de un empleado de una tienda como un intento deliberado de engaño, o pueden percibir un comentario gracioso informal de un compañero de trabajo como un ataque de carácter grave. Los elogios a menudo son mal interpretados (p. ej., un cumplido sobre una nueva adquisición se malinterpreta como una crítica de egoísmo; un cumplido acerca de un logro se malinterpreta como un intento de coacción para obtener un mayor y mejor rendimiento). Pueden percibir un ofrecimiento de ayuda como una crítica de que no lo están haciendo suficientemente bien por sí solos.

Los individuos con este trastorno constante tienen rencores y no están dispuestos a perdonar los insultos, las lesiones o los desprecios que creen haber recibido (Criterio A5). Incluso los pequeños desprecios despiertan gran hostilidad, y los sentimientos hostiles perduran durante mucho tiempo. Debido a que están constantemente pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten muy a menudo que se ataca su carácter o su reputación o que se les ha menospreciado de alguna manera. Son rápidos para contraatacar y reaccionan con ira a los insultos que reciben (Criterio A6). Los individuos con este trastorno pueden ser celosos de manera patológica y suelen sospechar que su cónyuge o su pareja sexual le es infiel sin una justificación adecuada (Criterio A7). Pueden reunir "evidencias" triviales y circunstanciales para apoyar sus creencias celotípicas. Además, quieren mantener un control completo de las relaciones íntimas para evitar ser traicionado, y cuestionan y desafían constantemente el paradero, las acciones, las intenciones y la fidelidad de su cónyuge o pareja.

No se debería diagnosticar trastorno de la personalidad paranoide si el patrón de comportamiento se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, u otro trastorno psicótico, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o médica (Criterio B).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de la personalidad paranoide son generalmente difíciles de llevar y con frecuencia tienen problemas en sus relaciones cercanas. Su suspicacia y hostilidad excesivas se pueden expresar discutiéndolo todo abiertamente, mediante quejas recurrentes o con una actitud distante y aparentemente hostil. Debido a que están hipervigilantes en busca de amenazas potenciales, pueden actuar de una manera cautelosa, secreta o maliciosa y parece que son "fríos" y faltos de sentimientos de ternura. A pesar de que puede parecer que son objetivos, racionales y no emocionales, muestran más a menudo un espectro de afectos lábiles, en los que predominan las expresiones hostiles, obstinadas y sarcásticas. Su carácter combativo y suspicaz puede provocar una respuesta hostil en los demás que, a su vez, sirve para confirmar sus expectativas originales.

Debido a que las personas con trastorno de la personalidad paranoide carecen de confianza en los demás, tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de la autonomía.

También tienen que tener un alto grado de control sobre su entorno. Suelen ser rígidos, no son capaces de colaborar y se muestran hipercríticos con los demás, a pesar de que ellos mismos tienen grandes dificultades para aceptar las críticas. Pueden culpar a los demás de sus propios defectos. Debido a su rapidez para el contraataque respondiendo a las amenazas que perciben a su alrededor, pueden ser litigiosos y con frecuencia se involucran en disputas legales. Los individuos con este trastorno buscan confirmar sus nociones negativas preconcebidas con respecto a las personas o las situaciones que encuentran, atribuyendo motivaciones malévolas a los demás que son proyecciones de sus propios miedos. Suelen tener fantasías ocultas grandiosas y poco realistas. A menudo están en sintonía con aspectos del poder y del rango y tienden a desarrollar estereotipos negativos de los demás, en particular de los grupos de población distintos del propio. Atraídos por las formulaciones simplistas del mundo, a menudo son cautelosos ante las situaciones ambiguas. Se les puede percibir como "fanáticos" y pueden adherirse firmemente a "cultos" o a grupos de otras personas que comparten su sistema de creencias paranoide.

En particular, en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos muy breves (con una duración de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno de la personalidad paranoide puede aparecer como el antecedente previo del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Los individuos con trastorno de la personalidad paranoide pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor y tienen un riesgo aumentado de padecer agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Son frecuentes los trastornos por alcohol y otras sustancias. Los trastornos de la personalidad concomitantes más comunes son el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el evitativo y el límite.

Prevalencia

Una estimación de la prevalencia tomada de una submuestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* indica que existe un 2,3 % de personas con personalidad paranoide, mientras que los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* señalan un 4,4 % de personas con un trastorno de la personalidad paranoide.

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad paranoide puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, escasas relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares, y fantasías idiosincrásicas. Estos niños suelen parecer "extraños" o "excéntricos", y son objeto de burlas. En las muestras clínicas, este trastorno se diagnostica en los hombres con más frecuencia.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Existe cierta evidencia de un aumento de la prevalencia de este trastorno en los familiares de los probandos con esquizofrenia, sobre todo en aquellos con relación familiar con el trastorno delirante de tipo persecutorio.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Algunos comportamientos, que se ven influidos por los contextos socioculturales o por las circunstancias específicas de la vida, pueden ser erróneamente etiquetados como paranoides e incluso confirmados por el propio proceso de evaluación clínica. Los miembros de los grupos minoritarios, los inmigrantes, los refugiados políticos y económicos, o las personas de diferentes orígenes étnicos pueden mostrar comportamientos cautelosos o defensivos debidos a la falta de familiaridad (p. ej., la barrera del idioma o la falta de conocimiento de las normas y reglamentos) o como respuesta al abandono que perciben o a la indiferencia de la mayoría de la sociedad. Estos comportamientos pueden, a su vez, generar ira y frustración en quienes se ocupan de estas personas, estableciendo así un círculo vicioso de desconfianza mutua, que no debe confundirse con el trastorno de la personalidad paranoide. Algunos grupos étnicos también muestran comportamientos culturalmente relacionados que pueden ser malinterpretados como paranoides.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno de la personalidad paranoide se debe distinguir del trastorno delirante de tipo persecutorio, de la esquizofrenia, y de un trastorno bipolar o trastorno depresivo con rasgos psicóticos, en que estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistente (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad paranoide, éste debería haber aparecido antes de la presencia de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos ya estén en remisión. Cuando un individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., una esquizofrenia) precedido por el trastorno de la personalidad paranoide, se debe codificar también el trastorno de la personalidad paranoide seguido de "previo" entre paréntesis.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de la afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. Se deben discriminar los síntomas del trastorno de personalidad de aquellos que se pueden desarrollar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Rasgos paranoides asociados con minusvalías físicas. El trastorno también se debe distinguir de los rasgos paranoides asociados con el desarrollo de discapacidades físicas (p. ej., una discapacidad auditiva).

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen con los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, además de para el trastorno de la personalidad paranoide, pueden diagnosticarse todos. El trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad esquizotípica comparten los rasgos de suspicacia, el distanciamiento interpersonal y la ideación paranoide, pero el trastorno de la personalidad esquizotípica también implica síntomas tales como el pensamiento mágico, las experiencias perceptivas inusuales, y el pensamiento y el habla extraños. Los individuos con comportamientos que cumplen los criterios del trastorno de la personalidad esquizoide a menudo son percibidos como extraños, excéntricos, fríos y distantes, pero por lo general no tienen una ideación paranoide destacada. La tendencia de los individuos con trastorno de la personalidad paranoide a reaccionar a los estímulos de menor importancia con ira se ve también en los trastornos de la personalidad límite e histriónica. Sin embargo, estos trastornos no están asociados necesariamente con una suspicacia generalizada. Las personas con trastorno de la personalidad evitativa también son reacias a confiar en los demás, pero más por temor a ser humillados o a no estar a la altura que por temor a la mala intención de los demás. Aunque puede aparecer comportamiento antisocial en algunos individuos con trastorno de la personalidad paranoide, éste no está motivado por un deseo de obtener beneficios personales o de explotar a los demás, sino que es más atribuible a un deseo de venganza. Los individuos con un trastorno de la personalidad narcisista pueden mostrar ocasionalmente desconfianza, aislamiento social o alienación, pero éstos se derivarían principalmente del temor a que se descubriesen sus imperfecciones o defectos. Por otra parte, los rasgos paranoides pueden ser adaptativos, especialmente en los entornos amenazantes.

El trastorno de la personalidad paranoide debe ser diagnosticado sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

Trastorno de la personalidad esquizoide

Criterios diagnósticos 301.20 (F60.1)

A. Patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y poca variedad de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. No desea ni disfruta las relaciones íntimas, incluido el formar parte de una familia.
2. Casi siempre elige actividades solitarias.
3. Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o con ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de los demás.
7. Se muestra emocionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá "previo", es decir, trastorno de la personalidad esquizoide (previo).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizoide es un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en situaciones interpersonales. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide carecen de un deseo de intimidad, se muestran indiferentes a las oportunidades de desarrollar relaciones cercanas, y no obtienen gran satisfacción de ser parte de una familia u otro grupo social (Criterio A1). Prefieren pasar el tiempo solos en lugar de estar con otras personas. A menudo están socialmente aislados o son "solitarios" y casi siempre eligen actividades o aficiones individuales que no implican la interacción con los demás (Criterio A2). Prefieren tareas mecánicas o abstractas, como los ordenadores o los juegos matemáticos. Pueden tener muy poco interés en tener experiencias sexuales con otra persona (Criterio A3) y disfrutan de pocas o de ninguna actividad (Criterio A4). Suelen obtener una experiencia reducida de placer sensorial, corporal o interpersonal de actividades como caminar por una playa al atardecer o mantener relaciones sexuales. Estos individuos no tienen amigos cercanos o confidentes, con la posible excepción de un familiar de primer grado (Criterio A5).

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide a menudo parecen indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás y no suelen preocuparse por lo que los demás puedan pensar de ellos (Criterio A6). Pueden ser ajenos a las sutilezas normales de la interacción social y con frecuencia no responden adecuadamente a las señales sociales, por lo que parecen ineptos sociales o superficiales y ensimismados. Por lo general, presentan un exterior "insulso", sin reactividad emocional visible y raramente corresponden con gestos o expresiones faciales, como las sonrisas o los asentimientos (Criterio A7). Afirman que rara vez experimentan emociones fuertes como la ira y la alegría. A menudo presentan una constricción afectiva, y parecen fríos y distantes. Sin embargo, en circunstancias muy excepcionales en las que estas personas se sienten cómodas y se sinceran, pueden reconocer que tienen sentimientos dolorosos, sobre todo relacionados con las interacciones sociales.

No se debería diagnosticar trastorno de la personalidad esquizoide si el patrón de comportamiento se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista, o si es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección neurológica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal) o médica (Criterio B).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide pueden tener especial dificultad para expresar la ira, incluso en respuesta a la provocación directa, lo que contribuye a la impresión de que les

falta la emoción. A veces parece que sus vidas carecen de dirección y puede parecer que van "a la deriva" en cuanto a sus objetivos y metas. Estos individuos suelen reaccionar de forma pasiva a las circunstancias adversas y tienen dificultades para responder adecuadamente a los acontecimientos importantes de la vida. Debido a su falta de habilidades sociales y a la falta de deseo de experiencias sexuales, las personas con este trastorno tienen pocas amistades, tienen citas con poca frecuencia, y a menudo no se casan. El funcionamiento ocupacional puede verse afectado, sobre todo si se requiere la participación interpersonal, pero los individuos con este trastorno pueden hacerlo bien cuando trabajan en condiciones de aislamiento social. En particular, en respuesta al estrés, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos breves (con una duración de minutos a horas). En algunos casos, el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como el antecedente previo del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Las personas con este trastorno a veces pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor. Este trastorno coincide con mayor frecuencia con los trastornos de la personalidad esquizotípica, paranoide y evitativa.

Prevalencia

El trastorno de la personalidad esquizoide es poco frecuente en los entornos clínicos. Una estimación de la prevalencia de personalidad esquizoide basado en una submuestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* sugiere una tasa del 4,9 %. Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* del 2001-2002 indican un 3,1 %.

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad esquizoide puede ser evidente desde la infancia y la adolescencia, con soledad, relaciones escasas con los compañeros y bajo rendimiento en la escuela, que convierten a estos niños o adolescentes en "diferentes" y proclives a ser objeto de burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizoide presenta una prevalencia más elevada en los familiares de las personas con esquizofrenia o con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los individuos de diversos orígenes culturales a veces exhiben comportamientos defensivos y estilos interpersonales que pueden ser erróneamente etiquetados como "esquizoides". Por ejemplo, los que se han trasladado desde las zonas rurales a entornos metropolitanos pueden reaccionar con la "congelación emocional", que puede durar varios meses y manifestarse mediante la realización de actividades solitarias, un afecto constreñido y otros déficits en la comunicación. Los inmigrantes de otros países a veces se perciben erróneamente como fríos, hostiles o indiferentes.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad esquizoide se diagnostica con mayor frecuencia en los hombres y puede causar más deterioro en ellos.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales con síntomas psicóticos. El trastorno de la personalidad esquizoide se debería distinguir del trastorno delirante, la esquizofrenia, y del trastorno bipolar o del trastorno depresivo con características psicóticas, porque estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistente (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad esquizoide, éste debería haberse presentado antes de la aparición de los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Cuando un

individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por el trastorno de la personalidad paranoide, se debe codificar también el trastorno de la personalidad esquizoide seguido de "previo" entre paréntesis.

Trastorno del espectro autista. Puede haber grandes dificultades para diferenciar los individuos con trastorno de la personalidad esquizoide de aquellos con formas más leves de trastorno del espectro autista, que presentan un deterioro más grave de la interacción social y comportamientos e intereses estereotipados.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica en el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad esquizoide también debe distinguirse de los síntomas que se pueden desarrollar en asociación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden confundirse con el trastorno de la personalidad esquizoide porque tienen ciertas características en común. Es, por lo tanto, importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios de uno o más trastornos de personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque las características de aislamiento social y afectividad restringida son comunes a los trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípica y paranoide, el trastorno de la personalidad esquizoide se puede distinguir del esquizotípico por la falta de distorsiones cognitivas y de percepción, y del paranoide por la falta de suspicacia e ideación paranoide. El aislamiento social del trastorno de la personalidad esquizoide se puede distinguir del evitativo en que éste último presenta temor a ser humillado o no estar a la altura, con una anticipación excesiva al rechazo. En contraste, las personas con trastorno de la personalidad esquizoide tienen un mayor distanciamiento y un deseo limitado de intimidad social. Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva también pueden mostrar un desprendimiento social evidente derivado de la devoción por el trabajo y el malestar con las emociones, pero tienen una capacidad subyacente para la intimidad.

Los individuos que son "solitarios" pueden mostrar rasgos de personalidad que podrían ser considerados esquizoides. Pero sólo cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad esquizoide.

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Criterios diagnósticos 301.22 (F21)

A. Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas, así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Ideas de referencia (con exclusión de delirios de referencia).
2. Creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., supersticiones, creencia en la clarividencia, la telepatía o un "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes).
3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales.
4. Pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado).
5. Suspicacia o ideas paranoides.

6. Afecto inapropiado o limitado.
7. Comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar.
8. No tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado.
9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista.

Nota: Si los criterios se cumplen antes del inicio de la esquizofrenia, se añadirá "previo", es decir, trastorno de la personalidad esquizotípica (previo).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad esquizotípica es un patrón general de déficits sociales e interpersonales marcados por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones cercanas, así como la presencia de distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica suelen tener ideas de referencia (los incidentes casuales y los acontecimientos externos se interpretan incorrectamente como si tuvieran un significado inusual y particular específicamente para esa persona) (Criterio A1). Éstas se deben distinguir de los delirios de referencia, en los que las creencias se sostienen con una convicción delirante. Estos individuos pueden ser supersticiosos o estar preocupado por los fenómenos paranormales que están fuera de las normas de su subcultura (Criterio A2). Pueden sentir que tienen poderes especiales para percibir los acontecimientos antes de que ocurran o para leer los pensamientos de los demás. Pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que se puede poner en marcha de una forma directa (p. ej., creer que su cónyuge saca al perro a dar un paseo como resultado directo del pensamiento que tuvo una hora antes acerca de sacar al perro) o indirecta, mediante el cumplimiento de rituales mágicos (p. ej., caminar más allá de un objeto específico en tres ocasiones para evitar un hecho perjudicial). Pueden aparecer alteraciones perceptivas (p. ej., sentir que otra persona está presente u oír una voz murmurando su nombre) (Criterio A3). Su discurso puede contar con una expresión o una construcción inusuales e idiosincrásicas. Éste es a menudo impreciso, divagante o vago, pero sin un descarrilamiento real o incoherencia (Criterio A4). Las respuestas pueden ser excesivamente concretas o abstractas, y las palabras o conceptos se aplican a veces de maneras inusuales (p. ej., el individuo puede afirmar que él o ella no era "habladizo" en el trabajo).

Los individuos con este trastorno suelen ser suspicaces y pueden tener ideación paranoide (p. ej., la creencia de que sus compañeros de trabajo tienen la intención de socavar su reputación con el jefe) (Criterio A5). Por lo general no son capaces de manejar la gama completa de afectos y habilidades interpersonales necesarias para las relaciones exitosas, y por lo tanto a menudo parecen interactuar con otros de una manera inapropiada, rígida o constreñida (Criterio A6). Estos individuos a menudo son considerados como raros o excéntricos por sus gestos inusuales, por una manera descuidada de vestir que no acaba de "encajar" y por su falta de atención a las convenciones sociales habituales (p. ej., es posible que el individuo evite el contacto visual, use ropa que está manchada de tinta y que no le sienta bien, y no gaste bromas ni comparta el humor de los compañeros de trabajo) (Criterio A7).

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica experimentan la intimidad interpersonal como problemática y se sienten incómodos en relación con otras personas. A pesar de que pueden expresar descontento acerca de su falta de relaciones, su comportamiento sugiere una disminución del deseo de los contactos íntimos. Como resultado de ello, por lo general no tienen amigos cercanos o confidentes que no sean un pariente de primer grado (Criterio A8). Están ansiosos en las situaciones sociales, particularmente aquellas que involucran personas desconocidas (Criterio A9). Interactúan con otras personas cuando tienen que hacerlo, pero prefieren mantenerse apartados porque sienten que son diferentes y simplemente no "encajan". Su ansiedad social no disminuye con

facilidad, incluso cuando pasan más tiempo en ese entorno o se familiarizan y conocen más a las otras personas, puesto que esa ansiedad suele estar asociada con suspicacia respecto a las motivaciones de los demás. Por ejemplo, cuando asiste a una cena, la persona con trastorno de la personalidad esquizotípica no estará más relajada a medida que pasa el tiempo, sino que puede llegar a estar cada vez más tensa y desconfiada.

El trastorno de la personalidad esquizotípica no debería diagnosticarse si el patrón de comportamiento se produce exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro autista (Criterio B).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica suelen buscar tratamiento para los síntomas asociados de ansiedad o depresión y no por las características del trastorno de la personalidad en sí mismo. Específicamente, las personas con este trastorno pueden experimentar episodios psicóticos transitorios en respuesta al estrés (con una duración de minutos a horas), aunque por lo general la duración es insuficiente para justificar un diagnóstico adicional, como el trastorno psicótico breve o el trastorno esquizofreniforme. En algunos casos, los síntomas psicóticos que son clínicamente significativos pueden desarrollar los criterios que se relacionan con el diagnóstico de trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o esquizofrenia. Más de la mitad puede tener antecedentes de, al menos, un episodio de depresión mayor.

Del 30 al 50 % de las personas diagnosticadas con este trastorno tiene un diagnóstico simultáneo de trastorno depresivo mayor durante su internamiento en un entorno clínico. Existe una considerable coincidencia con los trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, evitativa y límite.

Prevalencia

Estudios de población general indican unas tasas de trastorno de la personalidad esquizotípica de entre el 0,6 % en las muestras noruegas hasta el 4,6 % en una muestra comunitaria de Estados Unidos. La prevalencia del trastorno en las poblaciones clínicas parece ser poco frecuente (0-1,9 %), con un prevalencia estimada más elevada en la población general (3,9 %) según el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*.

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene un curso relativamente estable, con sólo una pequeña proporción de las personas que desarrolla una esquizofrenia u otro trastorno psicótico. El trastorno de la personalidad esquizotípica puede hacerse evidente, en la infancia y la adolescencia, con soledad, pobres relaciones con los compañeros, ansiedad social, bajo rendimiento en la escuela, hipersensibilidad, pensamientos y lenguaje peculiares y fantasías estrafalarias. Pueden ser tachados de "extraños" o "excéntricos" y ser objeto de burlas.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad esquizotípica tiene agregación familiar y es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de los individuos con esquizofrenia que en la población general. También puede haber un aumento modesto de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos entre los familiares de los probandos con trastorno de la personalidad esquizotípica.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las distorsiones cognitivas y perceptivas se deben evaluar en el contexto del entorno cultural del individuo. Las características generalizadas y determinadas culturalmente, en particular las relativas a las creencias y los rituales religiosos, pueden parecer esquizotípicas para el forastero no informado (p. ej., el vudú, el don de lenguas, la vida más allá de la muerte, el chamanismo, la lectura de la mente, el sexto sentido, el mal de ojo, las creencias mágicas relacionadas con la salud y la afección).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad esquizotípica es algo más frecuente en los hombres.

Diagnóstico diferencial

Otro trastorno mental con síntomas psicóticos. El trastorno de la personalidad esquizotípica se debería distinguir del trastorno delirante, la esquizofrenia y del trastorno bipolar o el trastorno depresivo con características psicóticas, porque estos trastornos se caracterizan por un período de síntomas psicóticos persistente (p. ej., delirios y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad esquizotípica, éste debería haber aparecido antes de comenzar los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos ya estén en remisión. Cuando un individuo tiene otro trastorno mental persistente (p. ej., esquizofrenia) precedido por el trastorno de la personalidad esquizotípica, se debe codificar también el trastorno de la personalidad esquizotípica seguido de "previo" entre paréntesis.

Trastornos del neurodesarrollo. Puede haber grandes dificultades para diferenciar los niños con trastorno de la personalidad esquizotípica del grupo heterogéneo de niños solitarios, extraños con un comportamiento caracterizado por un acentuado aislamiento social, la excentricidad o las peculiaridades del lenguaje, cuyos diagnósticos probablemente incluirían las formas más leves de trastorno del espectro autista o los trastornos de la comunicación y del lenguaje. Los trastornos de la comunicación pueden diferenciarse por la primacía y la gravedad del trastorno en el lenguaje y por los rasgos característicos de la alteración del lenguaje que se detectan en una evaluación especializada. Las formas más leves del trastorno del espectro autista se diferencian por una mayor falta de sensibilidad social y de reciprocidad emocional, y por las conductas e intereses estereotipados.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica en el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad esquizotípica también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar relacionados con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad y rasgos de personalidad. Otros trastornos de la personalidad tienen ciertas características en común con el trastorno de la personalidad esquizotípica. Por lo tanto, es importante distinguir entre estos trastornos basándose en sus rasgos característicos diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene las características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, se pueden diagnosticar todos. Aunque los trastornos de la personalidad paranoide y esquizoide se caracterizan por el distanciamiento social y el afecto constreñido, el trastorno de la personalidad esquizotípica se puede distinguir de estos dos diagnósticos por la presencia de distorsiones cognitivas o perceptivas y por la excentricidad o la rareza acentuadas. Las relaciones cercanas están limitadas tanto en el trastorno de la personalidad esquizotípica como en el trastorno de la personalidad evitativa; sin embargo, en el trastorno evitativo existe un deseo activo de relaciones que se frena por el miedo al rechazo, mientras que en el trastorno de la personalidad esquizotípica existe una falta de deseo de relacionarse y un desapego persistente. Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista también pueden mostrar desconfianza, aislamiento social o alienación, pero estas cualidades se derivan principalmente de su miedo a que queden al descubierto sus imperfecciones o defectos. Las personas con trastorno de la personalidad límite también pueden presentar síntomas de tipo psicótico transitorios, pero por lo general están más estrechamente relacionados con los cambios afectivos como consecuancia del estrés (p. ej., la ira intensa, la ansiedad, la decepción) y son, por lo general, disociativos (p. ej., la desrealización, la despersonalización). En contraste, los individuos con trastorno de la personalidad esquizotípica tienen más tendencia a padecer síntomas de tipo psicótico persistentes que pueden empeorar ante el estrés, pero que no están asociados invariablemente con síntomas afectivos acusados. Aunque en el trastorno de la personalidad límite puede aparecer el aisla-

miento social, éste es generalmente secundario a los fracasos interpersonales repetidos debidos a los ataques de ira y a los cambios en el estado de ánimo frecuentes, más que a una persistente falta de contactos sociales y de deseo de intimidad. Por otra parte, las personas con trastorno de la personalidad esquizotípica no suelen mostrar las conductas impulsivas o de manipulación típicas del individuo con el trastorno de la personalidad límite. Sin embargo, hay una alta tasa de coincidencia entre los dos trastornos, por lo que hacer tales distinciones no siempre es factible. Los rasgos esquizotípicos durante la adolescencia pueden ser el reflejo de la confusión emocional transitoria, en lugar de un trastorno de la personalidad perdurable.

Trastornos de la personalidad: Grupo B

Trastorno de la personalidad antisocial

Criterios diagnósticos 301.7 (F60.2)

A. Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:

1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
2. Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.

B. El individuo tiene como mínimo 18 años.
C. Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
D. El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad antisocial es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o en la adolescencia temprana y que continúa en la edad adulta. Este patrón también ha sido denominado psicopatía, sociopatía o trastorno de la personalidad disocial. Debido a que el engaño y la manipulación son características centrales del trastorno, puede ser especialmente útil integrar la información adquirida en la evaluación clínica sistemática con la información recogida de fuentes adicionales.

Para realizar este diagnóstico, el individuo debe tener al menos 18 años de edad (Criterio B) y debe haber tenido antecedentes de algunos síntomas de trastorno de conducta antes de los 15 años (Criterio C). El trastorno de conducta implica un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en que se violan los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para su edad. Los comportamientos específicos característicos del trastorno de conducta se agrupan en estas cuatro categorías: la agresión a personas y animales, la destrucción de la propiedad, los fraudes o los hurtos, o la violación grave de las normas.

<= Ir a la Clasificación

El patrón de comportamiento antisocial continúa hasta la edad adulta. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial no se ajustan a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal (Criterio A1). Pueden perpetrar reiteradamente actos que son motivo de detención (aunque no se les llegue a detener), como destruir una propiedad, el hostigamiento o el acoso a otras personas, robar o involucrarse en actividades ilegales. Las personas con este trastorno desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Frecuentemente son mentirosos y manipuladores con el fin de sacar provecho personal o por placer (p. ej., para obtener dinero, sexo o poder) (Criterio A2). Pueden mentir repetidamente, utilizar un pseudónimo, estafar a otros o simular una afección. El patrón de impulsividad se manifiesta por la incapacidad para planificar el futuro (Criterio A3). Las decisiones se toman irreflexivamente según el momento, sin premeditación y sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás, lo que puede dar lugar a cambios súbitos de puestos de trabajo, residencia o relaciones. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial tienden a ser irritables y agresivos, y pueden involucrarse en peleas o cometer actos de violencia física (incluyendo el maltrato a la pareja o a los hijos) (Criterio A4). (Este criterio no se refiere a los actos agresivos que se realizan en defensa propia o de otra persona.) Estos individuos también muestran despreocupación e imprudencia ante su seguridad o la de los demás (Criterio A5). Esto se refleja en su comportamiento al conducir (el exceso de velocidad recurrente, conducir en estado de ebriedad, accidentes múltiples). Pueden realizar actividades de alto riesgo con consecuencias muy dañinas, como mantener relaciones sexuales sin protección o consumir sustancias. Pueden ser negligentes en el cuidado de los hijos, de tal manera que les pueden exponer a situaciones peligrosas.

Por lo general, tienden a ser extremadamente irresponsables (Criterio A6). Este grado tan elevado de irresponsabilidad se evidencia, en el contexto laboral, en que permanecen largos períodos de tiempo desempleados a pesar de contar con puestos de trabajo disponibles, o por el abandono de varios empleos sin un plan realista para conseguir otro trabajo. También puede haber un patrón de absentismo que no se explica por una afección propia o de un familiar. La falta de responsabilidad económica se refleja en actos tales como el impago de las deudas o en que no cubren habitualmente las necesidades básicas de los hijos o de otras personas a su cargo. Asimismo, las personas con trastorno de la personalidad antisocial muestran poco o ningún remordimiento por las consecuencias de sus actos (Criterio A7). Pueden ser indiferentes o justificar de manera superficial los daños, el maltrato o los robos a las personas (p. ej., "la vida es dura", "los perdedores merecen perder"). Estas personas pueden culpar a las víctimas de ser ingenuas, de estar desvalidas o de merecer su destino (p. ej., "se lo merecía de todos modos" o "de todas formas le hubiese ocurrido"). Pueden minimizar los efectos dañinos de sus actos o simplemente pueden manifestar indiferencia. En general, no compensan o reparan las consecuencias de su comportamiento. Creen que todo el mundo está para "ayudar al número uno" y que uno no se debe detener ante nada para evitar que lo zarandeen. El comportamiento antisocial no debe aparecer exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o del trastorno bipolar (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial con frecuencia carecen de empatía y tienden a ser crueles, cínicos y despectivos con los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás. Pueden tener una concepción de sí mismos elevada y mostrarse arrogantes (p. ej., pensar que el trabajo ordinario no está a su altura, o no tener una preocupación realista acerca de sus problemas actuales o de su futuro), y pueden ser excesivamente obstinados, seguros de sí mismos o engreídos. Además, desprenden un encanto simplista y superficial, con una capacidad verbal voluble y artificiosa (p. ej., el uso de términos técnicos o de una jerga que podría impresionar a alguien que no esté familiarizado con el tema). La falta de empatía, la concepción de sí mismo elevada y el encanto superficial son características que han sido frecuentemente incluidas en la definición tradicional de la psicopatía, y pueden ser particularmente distintivas del trastorno y predictivas de la reincidencia criminal en prisión o en el ámbito forense, en donde los actos delictivos o agresivos tienden a ser inespecíficos. Estos individuos también pueden ser irresponsables y explotadores en sus relaciones sexuales y de pareja. Suelen tener antecedentes de muchas parejas sexuales y nunca

han mantenido una relación monógama. Esta irresponsabilidad se extiende a su rol como padres, tal y como se evidencia por la malnutrición o las afecciones resultantes de la falta de una higiene mínima con sus hijos, por la dependencia y la delegación del cuidado en los vecinos o familiares que no residen en el hogar, por no ocuparse de que haya un cuidador para el niño pequeño cuando el individuo está fuera de casa, o por el despilfarro reiterado del dinero que se necesita para las necesidades del hogar. Estas personas pueden ser expulsadas de las fuerzas armadas, no ser autosuficientes, se empobrecen o incluso se quedan sin hogar y pasan muchos años en instituciones penitenciarias. Las personas con trastorno antisocial de personalidad tienen mayor tendencia a morir prematuramente por medios violentos que las personas de la población general (p. ej., suicidio, accidentes, homicidios).

También pueden experimentar disforia, con quejas de estrés, incapacidad para tolerar el aburrimiento y depresión. Pueden haber desarrollado trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias, juego patológico, trastorno de somatización y trastornos del control de los impulsos. También suelen tener características de personalidad que cumplen con los criterios de otros trastornos de la personalidad, sobre todo de la personalidad límite, histriónica y narcisista. La probabilidad de desarrollar el trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta se incrementa cuando se inició en la infancia (antes de la edad de 10 años) un trastorno de conducta y un trastorno de déficit de atención comórbidos. El abuso o la negligencia infantil, la paternidad inestable o irregular o la disciplina parental inconsistente aumentan la probabilidad de que el trastorno de conducta se convierta en un trastorno de la personalidad antisocial.

Prevalencia

Las tasas de prevalencia del trastorno de personalidad antisocial a los doce meses, según los criterios del anterior DSM, son del 0,2 y del 3,3 %. La prevalencia más alta del trastorno de la personalidad antisocial (superior al 70 %) se encuentra entre la mayoría de las muestras de varones con trastorno por consumo de alcohol grave y en las muestras extraídas de las clínicas de tratamiento de abuso de sustancias, de los centros penitenciarios o del ámbito forense. La prevalencia es mayor en las muestras afectadas por factores como la adversidad socioeconómica (esto es, la pobreza) o la sociocultural (esto es, la emigración).

Desarrollo y curso

El trastorno de la personalidad antisocial tiene un curso crónico, pero se puede tornar menos evidente o remitir con la edad, sobre todo hacia la cuarta década de la vida. Aunque esta remisión tiende a ser particularmente evidente en lo que respecta a la implicación en actos delictivos, no es probable que se mitiguen los otros rasgos del espectro de los comportamientos antisociales y del consumo de sustancias. Por definición, la personalidad antisocial no puede ser diagnosticada antes de los 18 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad antisocial es más común entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general. El riesgo para los familiares biológicos de las mujeres con el trastorno tiende a ser mayor que el riesgo de los familiares biológicos de los hombres con el trastorno. Los parientes biológicos de los individuos con este trastorno también tienen un mayor riesgo de trastorno de síntomas somáticos y de consumo de sustancias. En una familia con algún miembro con trastorno de la personalidad antisocial, los varones suelen desarrollar más a menudo este trastorno y algún trastorno por consumo de sustancias, mientras que las mujeres padecen más frecuentemente un trastorno de síntomas somáticos. Sin embargo, en tales familias hay un aumento de la prevalencia de todos estos trastornos, tanto en los hombres como en las mujeres, en comparación con la población general. Los estudios de adopción indican que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad antisocial. Tanto los hijos biológicos como los

adoptados de padres con el trastorno de la personalidad antisocial tienen un mayor riesgo de desarrollar este trastorno, un trastorno de síntomas somáticos y un trastorno por consumo de sustancias. Los niños dados en adopción se parecen más a sus padres biológicos que a sus padres adoptivos, pero el ambiente de la familia adoptiva influye en el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad y la psicopatología relacionada.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El trastorno de la personalidad antisocial parece estar asociado con un nivel socioeconómico bajo y con los entornos urbanos. Preocupa que ocasionalmente el diagnóstico se pueda aplicar incorrectamente a personas de ámbitos en los que la conducta aparentemente antisocial podría ser parte de una estrategia de supervivencia y de protección. En la evaluación de los rasgos antisociales, sería útil para el clínico considerar el contexto social y económico en el que se producen los comportamientos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad antisocial es mucho más frecuente en los hombres que en las mujeres. Existen ciertas dudas acerca de que el trastorno de la personalidad antisocial pueda estar infradiagnosticado en las mujeres, sobre todo a causa del énfasis en los elementos agresivos en la definición del trastorno de conducta.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de la personalidad antisocial no se puede diagnosticar a las personas menores de 18 años y se realiza sólo si hay antecedentes de algunos síntomas de trastorno de conducta antes de los 15 años. En las personas mayores de 18 años, se puede diagnosticar el trastorno de conducta sólo si no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Trastornos por consumo de sustancias. Cuando el comportamiento antisocial en un adulto se asocia con un trastorno por consumo de sustancias, no se realizará el diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial salvo que exista evidencia de que éste estuviera presente en la infancia y de que haya continuado en la edad adulta. Cuando el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial hayan comenzado en la infancia o la adolescencia y continúen en la edad adulta, se deberían diagnosticar ambos trastornos si se cumplen los criterios para los dos, aunque algunos actos antisociales se hayan producido a consecuencia del trastorno por consumo de sustancias (p. ej., la venta ilegal de drogas, los robos para obtener dinero para las drogas).

Esquizofrenia y trastornos bipolares. La conducta antisocial, que se produce exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o un trastorno bipolar, no se debe diagnosticar como un trastorno de la personalidad antisocial.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el antisocial, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, deben diagnosticarse todos. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de la personalidad narcisista comparten la tendencia a ser obstinados, simplistas, superficiales, explotadores y carentes de empatía. Sin embargo, el trastorno de personalidad narcisista no posee características de impulsividad, agresividad y engaño. Además, las personas con trastorno de la personalidad antisocial pueden no tener tanta necesidad de admiración y envidia de los demás. Las personas con trastorno de la personalidad narcisista, por lo general, carecen de antecedentes de trastornos de conducta en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta. Los individuos con trastornos de la personalidad antisocial e histriónica comparten una tendencia a ser impulsivos, superficiales,

buscadores de sensaciones, imprudentes, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienden a ser más exageradas en sus emociones y no participan en los comportamientos antisociales de manera característica. Los individuos con trastornos de la personalidad histriónica y límite manipulan para obtener cuidado y protección, mientras que aquellos con trastorno de la personalidad antisocial manipulan para obtener beneficios, poder o alguna otra gratificación material. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial tienden a ser menos inestables emocionalmente y más agresivos que aquellos con trastorno de la personalidad límite. Aunque puede aparecer comportamiento antisocial en algunos individuos con trastorno de la personalidad paranoide, éste no suele estar motivado por el deseo de obtener beneficios personales o para explotar a los demás como en el trastorno de la personalidad antisocial, sino que es más bien atribuible a un deseo de venganza.

Comportamiento criminal no asociado con un trastorno de personalidad. El trastorno de la personalidad antisocial debe distinguirse del comportamiento criminal, cuyo objetivo se centra en obtener algún beneficio, pero no se acompaña de rasgos de la personalidad característicos de este trastorno. Sólo cuando los rasgos de la personalidad antisocial son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro significativo funcional o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad antisocial.

Trastorno de la personalidad límite

Criterios diagnósticos 301.83 (F60.3)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Aspectos diagnósticos

La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad límite hacen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (Criterio 1). La percepción de la inminente separación o rechazo o la pérdida de la estructura externa pueden dar lugar a profundos cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales, experimentan un miedo intenso al abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan con un separación real de tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (p. ej., desesperación repentina como reacción a un clínico que indica que finaliza la consulta, pánico o ira cuando alguien importante para ellos llega con unos minutos de retraso o debe cancelar una cita). Pueden creer que este "abandono " implica que son "malos". Estos temores de abandono están relacionados con una intolerancia a la soledad y la necesidad de

tener otras personas con ellos. Sus esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como la autolesión o los comportamientos suicidas, que se describen por separado en el Criterio 5.

Las personas con este trastorno tienen un patrón de relaciones inestables e intensas (Criterio 2). Pueden idealizar a los cuidadores o a los amantes potenciales en la primera o segunda cita, exigir pasar mucho tiempo juntos y compartir los detalles más íntimos de una relación demasiado pronto. Sin embargo, pueden cambiar rápidamente de idealizar a devaluar a las personas, y sentir que a la otra persona no le importa demasiado, no le da lo suficiente, o "no está" para ella el tiempo necesario. Estas personas pueden comprender y cuidar a los demás, pero sólo con la expectativa de que esa persona "esté ahí" para cubrir sus propias necesidades cuando se lo pida. Estos individuos son propensos a los cambios repentinos y dramáticos en su visión de los demás que, alternativamente, pueden considerarse su mejor apoyo o un castigador cruel. Estos cambios suelen reflejar la desilusión con un cuidador cuyas cualidades de crianza se han idealizado o cuyo rechazo o abandono se espera.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen o un sentido de sí mismo inestables de una forma acusada y persistente (Criterio 3). Hay cambios repentinos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por metas, valores y aspiraciones profesionales cambiantes. Puede haber modificaciones repentinas de las opiniones y proyectos acerca de la profesión, la identidad sexual, los valores y los tipos de amigos. Estos individuos pueden variar repentinamente y asumir desde el papel de una persona necesitada que suplica ayuda, hasta el de una persona vengadora dispuesta a resarcirse por los malos tratos sufridos. Aunque, por lo general, tienen una autoimagen mala o dañina, las personas con este trastorno a veces tienen la sensación de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el individuo siente la falta de una relación significativa, de cuidados y de apoyo. Suelen obtener un peor rendimiento en las situaciones no estructuradas en el trabajo o la escuela.

Los individuos con trastorno de la personalidad límite exhiben impulsividad en, al menos, dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismos (Criterio 4). Pueden jugar patológicamente, gastar dinero de manera irresponsable, darse atracones de comida, consumir sustancias de abuso, mantener relaciones sexuales sin protección o conducir temerariamente. Las personas con este trastorno suelen presentar comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, además de conductas autolesivas (Criterio 5). El suicidio consumado se produce en el 8-10 % de estos individuos, y son habituales los actos de autolesión (p. ej., los cortes o las quemaduras), y las amenazas y los intentos de suicidio. La tendencia suicida recurrente suele ser la razón para que estas personas acudan a recibir ayuda. Estos actos autodestructivos frecuentemente se precipitan por las amenazas de separación o de rechazo o por las expectativas de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. Durante las experiencias disociativas puede aparecer la automutilación y a menudo ésta implica un alivio, porque reafirma su capacidad de sentir o de expiar el sentimiento de culpa por ser una persona mala o despreciable.

Las personas con trastorno de la personalidad límite demuestran una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas, y rara vez más de unos días) (Criterio 6). El estado de ánimo disfórico habitual de las personas con este trastorno a menudo se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivian con momentos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la reactividad extrema del individuo ante estresores interpersonales. Las personas con trastorno de la personalidad límite suelen quejarse de sentimientos crónicos de vacío (Criterio 7). También se aburren fácilmente y pueden buscar algo que hacer constantemente. Además, expresan de manera inapropiada e intensa la ira y tienen gran dificultad para controlarla (Criterio 8). Suelen manifestarse muy sarcásticamente, con resentimientos duraderos y explosiones verbales. Sienten ira a menudo provocada cuando perciben que un cuidador o amante es negligente, distante, indiferente o que tiene intención de abandonarles. Tales expresiones de ira desembocan en sentimientos de vergüenza y culpa, que a su vez contribuyen a reforzar el pensamiento de que son malos. Durante los períodos de estrés extremo, pueden aparecer ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (p. ej., despersonalización) (Criterio 9), pero generalmente son de gravedad o duración insuficientes como para justificar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser transitorios y duran minutos u horas. El retorno real o percibido de los cuidados de la persona significativa puede hacer que remitan los síntomas.

Aspectos asociados que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad límite pueden mostrar un patrón en el que se boicotean a sí mismas cuando están a punto de alcanzar una meta (p. ej., abandonan la facultad justo antes de graduarse, empeoran gravemente después de haber tratado en la consulta los progresos en la terapia, rompen una buena relación cuando es evidente que la relación puede durar). Algunos individuos desarrollan síntomas de tipo psicótico (p. ej., alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante los momentos de estrés. Los individuos con este trastorno pueden sentirse más seguros con los objetos de transición (es decir, un animal doméstico o una posesión inanimada) que en las relaciones interpersonales. Puede producirse la muerte prematura por suicidio, especialmente en aquellas personas con trastornos comórbidos depresivos o de consumo de sustancias. Puede haber discapacidad física como resultado de las conductas de abuso autoinfligidas o de los intentos fallidos de suicidio. También son frecuentes la pérdida de empleo recurrente, la interrupción de la educación y la separación o el divorcio. El abuso físico y sexual, el abandono, los conflictos hostiles y la pérdida prematura de los padres son frecuentes entre los antecedentes infantiles de las personas con trastorno de la personalidad límite. Los trastornos coexistentes más frecuentes son los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia nerviosa), el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por déficit de atención. También aparece de manera comórbida con otros trastornos de la personalidad.

Prevalencia

Se estima en un 1,6 % la prevalencia del trastorno de la personalidad límite, pero podría ser tan elevada como un 5,9 %. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6 %, del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20 % entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad.

Desarrollo y curso

Existe una considerable variabilidad en el curso del trastorno de la personalidad límite. El patrón más frecuente es una inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental. El deterioro de la afección y el riesgo de suicidio son mayores en los adultos jóvenes y disminuyen gradualmente con la edad. Las personas que acuden a intervención terapéutica muestran a menudo una mejoría en algún momento del primer año. De todos modos, la tendencia a experimentar emociones intensas, a actuar de forma impulsiva y a vivir las relaciones con gran intensidad suele perdurar toda la vida. Durante la década de los 30 y 40 años, la mayoría de las personas con este trastorno logra una mayor estabilidad en sus relaciones y funcionamiento profesional. Estudios longitudinales de seguimiento de los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, indican que, después de unos 10 años, casi la mitad de las personas ya no tiene un patrón de comportamiento que cumpla con todos los criterios de trastorno de la personalidad límite.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. El trastorno de la personalidad límite es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno que en la población general. También hay un mayor riesgo familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El patrón de comportamiento, visto en el trastorno de la personalidad límite, se ha identificado en múltiples contextos de todo el mundo. Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente si van acompañados por el consumo de sustancias) pueden mostrar de forma

transitoria comportamientos que engañosamente dan la impresión de un trastorno de la personalidad límite. Tales situaciones se caracterizan por la inestabilidad emocional, los dilemas "existenciales", la incertidumbre, las elecciones que provocan ansiedad, los conflictos sobre la orientación sexual y las presiones sociales contrapuestas para decidir sobre el futuro vocacional.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad límite se diagnostica de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75 %).

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos y bipolares. El trastorno de la personalidad límite a menudo se presenta junto con trastornos depresivos o bipolares. Cuando se cumplen los criterios para ambos, pueden diagnosticarse los dos. Debido a que la presentación del trastorno de la personalidad límite puede ser transversalmente similar a un episodio de un trastorno depresivo o bipolar, el clínico debe evitar dar un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad límite basándose sólo en los hechos actuales, sin haberse documentado acerca de si el patrón de comportamiento tuvo un inicio temprano y un curso de larga evolución.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad pueden ser confundidos con el límite, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque el trastorno de la personalidad histriónica también se caracteriza por la búsqueda de atención, la conducta manipuladora y el cambio rápido de las emociones, el trastorno de la personalidad límite se distingue por la autodestructividad, los arrebatos coléricos en las relaciones íntimas y los sentimientos crónicos de profundo vacío y soledad. Puede haber ideas o ilusiones paranoides tanto en el trastorno de la personalidad límite como en el esquizotípico, pero estos síntomas en el trastorno de la personalidad límite son más transitorios, reactivos interpersonalmente y se modifican ante la estructuración externa. Aunque los trastornos de la personalidad paranoide y narcisista también se caracterizan por una airada reacción a los estímulos de menor importancia, la relativa estabilidad de la propia imagen, así como la falta de autodestrucción, la impulsividad y las preocupaciones de abandono las distinguen del trastorno de la personalidad límite. Aunque el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de la personalidad límite se caracterizan por una conducta manipuladora, las personas con trastorno de la personalidad antisocial manipulan para obtener beneficios, poder o alguna gratificación material, mientras que el objetivo del trastorno de la personalidad límite se dirige más a captar el interés de los cuidadores. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el trastorno de la personalidad límite se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, la persona con trastorno de la personalidad límite reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia, y exigencias, mientras que el individuo con trastorno de la personalidad dependiente reacciona con un aumento del apaciguamiento y la sumisión, y busca con urgencia una relación de sustitución que le proporcione cuidados y apoyo. El trastorno de la personalidad límite aún se puede distinguir del tipo dependiente por el patrón típico de relaciones inestables e intensas.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad límite también se debe distinguir de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Problemas de identidad. El trastorno de la personalidad límite se debe distinguir de un problema de identidad, en que este último se focaliza en las preocupaciones de identidad relacionadas con una fase del desarrollo.

Trastorno de la personalidad histriónica

Criterios diagnósticos **301.50 (F60.4)**

Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.
2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.
3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.
4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.
5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.
7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias).
8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad histriónica es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una diversidad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad histriónica están incómodas o se sienten poco apreciadas cuando no son el centro de atención (Criterio 1). A menudo se muestran alegres y treatrales y tienden a llamar la atención sobre sí mismas, e inicialmente pueden seducir o maravillar a las nuevas amistades por su entusiasmo, su aparente apertura o su coquetería. Estas cualidades se desvanecen pronto, puesto que continuamente demandan ser el centro de atención. Ellos se apropian del papel de "alma de la fiesta". Si ellos no son el centro de atención, pueden hacer algo teatral (p. ej., inventar historias o "montar un numerito") para dirigir el foco de atención sobre sí mismos. Esta necesidad es a menudo evidente en su comportamiento ante el clínico (p. ej., son halagadores, llevan regalos, proporcionan descripciones teatrales de los síntomas físicos y psicológicos y los van sustituyendo por otros nuevos en cada visita).

El aspecto y el comportamiento de los individuos con este trastorno suelen ser inapropiados y sexualmente provocativos o seductores (Criterio 2). Este comportamiento no sólo se dirige hacia las personas en las que el individuo tiene un interés sexual o romántico, sino que también se produce en una amplia variedad de relaciones sociales, laborales y profesionales que superan lo que sería apropiado en su contexto social. La expresión emocional puede ser superficial y rápidamente cambiante (Criterio 3). Los individuos con este trastorno utilizan constantemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismos (Criterio 4). Están tremendamente preocupados por impresionar a los demás con su aspecto y emplean una cantidad excesiva de tiempo, energía y dinero en ropa y arreglo personal. Pueden ir "cazando cumplidos" respecto a su apariencia, y se pueden mostrar excesivamente molestos fácilmente por un comentario crítico acerca de su aspecto o por una fotografía que consideran poco favorecedora.

Estas personas tienen un estilo de discurso que es excesivamente impresionista y carente de detalle (Criterio 5). Las opiniones se expresan con un toque dramático, pero las razones y argumentos subyacentes suelen ser vagos y difusos, sin apoyar los hechos y detalles. Por ejemplo, un individuo con trastorno de la personalidad histriónica puede comentar que cierta persona es un ser humano maravilloso; sin embargo, será incapaz de proporcionar ejemplos concretos de buenas cualidades para apoyar esta opinión. Los individuos con este trastorno se caracterizan por el autodramatismo, la teatralidad y una expresión exagerada de la emoción (Criterio 6). Pueden avergonzar a sus amigos y conocidos al realizar exhibiciones públicas exageradas de las emociones (p. ej., abrazando conocidos casuales con ardor excesivo, sollozando incontrolablemente en

ocasiones sentimentales triviales o cogiendo berrinches y pataletas). Sin embargo, sus emociones a menudo aparecen y desaparecen demasiado rápido como para darse cuenta, lo que puede llevar a los demás a acusarles de falsificar estos sentimientos.

Las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienen un alto grado de sugestionabilidad (Criterio 7). Sus opiniones y sentimientos son fácilmente influenciables por los demás y por las modas actuales. Pueden ser demasiado confiados, especialmente en las figuras fuertes de autoridad, a quienes ven como la solución a sus problemas por arte de magia. Manifiestan una tendencia a tener corazonadas y a adoptar creencias rápidamente. Las personas con este trastorno consideran a menudo las relaciones más íntimas de lo que realmente son, por lo que describen a casi todos los conocidos como "cariño" o "querido amigo", o se refieren a los terapeutas, a los que han visitados una o dos veces por causas profesionales, por sus nombres de pila (Criterio 8).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad histriónica pueden tener dificultades para lograr intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, a menudo desempeñan un papel (p. ej., "víctima" o "princesa") en sus relaciones con los demás. Por un lado, pueden tratar de controlar a su pareja a través de la manipulación emocional o la seducción, mientras que por el otro, muestran una marcada dependencia de ellos. Los individuos con este trastorno a menudo tienen relaciones deficientes con los amigos del mismo sexo porque su estilo interpersonal de provocación sexual puede ser una amenaza para las parejas de sus amigos. Estos individuos también alejan a los amigos con las demandas de atención constante. A menudo se deprimen y molestan cuando no son el centro de atención. Desean la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen una tendencia a aburrirse con su rutina habitual. Estos individuos son a menudo intolerantes, o están frustrados por las situaciones que implican una gratificación diferida, y sus acciones se dirigen a menudo a la obtención de una satisfacción inmediata. Aunque a menudo inician un trabajo o un proyecto con gran entusiasmo, su interés puede desaparecer rápidamente. Pueden descuidar y romper sus relaciones duraderas para dar paso a la emoción de nuevas relaciones. El riesgo real de suicidio no se conoce, pero la experiencia clínica sugiere que los individuos con este trastorno tienen un mayor riesgo de gestos suicidas y de amenazas para llamar la atención y para forzar unos cuidados mejores. El trastorno de la personalidad histriónica se ha asociado con tasas más altas de trastorno de síntomas somáticos, de trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcional) y de trastorno depresivo mayor. Los trastornos de la personalidad dependiente, límite, narcisista y antisocial a menudo coinciden con el trastorno de la personalidad histriónica.

Prevalencia

Los datos obtenidos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* en 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno del 1,84 %.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las normas de comportamiento interpersonal, la apariencia personal y la expresividad emocional varían ampliamente entre las culturas, géneros y grupos de edad. Antes de considerar los diversos rasgos (p. ej., la emotividad, la seducción, el estilo interpersonal teatral, la búsqueda de novedad, la sociabilidad, el encanto, la impresionabilidad, la tendencia a la somatización), es importante evaluar si causan deterioro o un malestar clínicamente significativo.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, este trastorno se ha diagnosticado más frecuentemente en las mujeres; sin embargo, la proporción por sexos no es significativamente diferente de la proporción de mujeres que hay en el contexto clínico. Por el contrario, algunos estudios que utilizan evaluaciones estructuradas han obtenido similares tasas de prevalencia entre hombres y mujeres.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el histriónico, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque en el trastorno de la personalidad límite también puede haber búsqueda de atención, conductas manipuladoras y emociones que cambian rápidamente, el trastorno se distingue por la autodestructividad, los arrebatos coléricos en las relaciones íntimas y los sentimientos crónicos de vacío y profunda alteración de la identidad. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de la personalidad histriónica comparten la tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de excitación, a ser personas imprudentes, seductoras y manipuladoras, pero las personas con trastorno de la personalidad histriónica tienden a ser más exageradas en sus emociones y típicamente no se involucran en comportamientos antisociales. Las personas con trastorno de la personalidad histriónica son manipuladoras para obtener cuidados, mientras que aquellos con personalidad antisocial son manipuladores para obtener beneficios, poder o alguna otra gratificación material. Aunque los individuos con trastorno de personalidad narcisista también anhelan la atención de los demás y por lo general desean elogios por su "superioridad ", los individuos con trastorno de la personalidad histriónica estarían dispuestos a que los viesen como personas frágiles o dependientes si esto fuera fundamental para llamar la atención. Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con otras personas, pero tienen mayor tendencia a hacer hincapié en su estatus "elevado" o en la riqueza de sus amigos. En el trastorno de la personalidad dependiente, el individuo depende excesivamente y busca alabanza y orientación, pero sin los rasgos extravagantes, exagerados y emocionales de las personas con trastorno de la personalidad histriónica. Muchas personas pueden mostrar rasgos de personalidad histriónicos. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes y causan un deterioro funcional o un malestar subjetivo significativo constituyen un trastorno de la personalidad histriónica.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que emergen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad histriónica también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastorno de la personalidad narcisista

Criterios diagnósticos 301.81 (F60.81)

Patrón dominante de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Tiene sentimientos de grandeza y prepotencia (p. ej., exagera sus logros y talentos, espera ser reconocido como superior sin contar con los correspondientes éxitos).
2. Está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor ideal ilimitado.
3. Cree que es "especial" y único, y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) especiales o de alto estatus.
4. Tiene una necesidad excesiva de admiración.
5. Muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas).

6. Explota las relaciones interpersonales (es decir, se aprovecha de los demás para sus propios fines).
7. Carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o a identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Con frecuencia envidia a los demás o cree que éstos sienten envidia de él.
9. Muestra comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de personalidad narcisista es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que se inicia en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con este trastorno tienen un sentido grandioso de su propia importancia (Criterio 1). Sobrestiman sistemáticamente sus capacidades e inflan sus logros de manera arrogante y pretenciosa. Suelen asumir que otros atribuyen el mismo valor a su esfuerzo y pueden sorprenderse si no reciben los elogios que esperan y sienten que merecen. De manera implícita, sus autoatribuciones exageradas acerca de sus propios logros subestiman (devalúan) las contribuciones de los demás. Las personas con trastorno de la personalidad narcisista suelen sumergirse en fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor ideal (Criterio 2). Cavilan sobre la admiración y los privilegios "desde hace mucho tiempo" y suelen compararse favorablemente con gente famosa o afortunada.

Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista creen que son seres superiores, especiales o únicos y esperan que los demás les reconozcan como tales (Criterio 3). Sienten que sólo pueden ser entendidos por otras personas especiales o de alto estatus y que sólo deben relacionarse con ellas, y califican los talentos de esas personas como "únicos", "inigualables" o "perfectos". Los individuos con este trastorno creen que sus necesidades son especiales y están por encima del alcance de la gente ordinaria. Su autoestima se ve reforzada ("reflejada") por el valor idealizado que asignan a aquellos con quienes se relacionan. Es probable que insistan en tratarse sólo con la persona "líder o mejor valorada" (doctor, abogado, peluquero, instructor personal) o miembro de las "mejores" instituciones, pero a la vez devalúan las credenciales y méritos de aquellas personas que les defraudan.

Los individuos con este trastorno generalmente exigen y necesitan una admiración excesiva (Criterio 4). Su autoestima es casi siempre muy frágil. Pueden estar preocupados por lo bien que lo están haciendo y porque los demás reconozcan su labor de forma favorable. Esto a menudo toma la forma de una necesidad de atención y admiración constantes. Suelen esperar que se les reciba "a bombo y platillo" y se asombran si los demás no codician sus posesiones. Buscan constantemente cumplidos y piropos, a menudo con un gran encanto. Muestran un sentido del derecho y unas expectativas poco razonables de que se les atienda con un trato especialmente favorable (Criterio 5). Esperan ser atendidos exclusivamente y están desconcertados o furiosos cuando esto no sucede. Por ejemplo, pueden asumir que ellos no tienen que esperar ni hacer cola, o que sus prioridades son tan importantes que los demás deberían dejar de hacer cualquier cosa para atenderles, por lo que se irritan cuando los demás no pueden asistir "al evento tan importante". Este sentido del derecho, combinado con una falta de sensibilidad a los deseos y necesidades de los demás, puede conducir a la explotación consciente o inconsciente de las demás personas (Criterio 6). Esperan que se les dé lo que quieren o sienten que necesitan, sin importarles lo que suponga o conlleve para los demás. Por ejemplo, estos individuos esperan una gran dedicación de las demás personas y les exigen trabajar en exceso sin tener en cuenta el impacto que pueda ocasionar en sus vidas. Tienden a entablar amistades o relaciones románticas sólo si la otra persona puede hacerle avanzar en sus metas y objetivos, o mejorar su autoestima de otra manera. A menudo usurpan privilegios especiales y recursos adicionales que ellos creen que se merecen, ya que se creen tan especiales.

Los individuos con trastorno de la personalidad narcisista generalmente tienen falta de empatía y dificultades para reconocer los deseos, experiencias subjetivas y sentimientos de los demás (Criterio 7). Asumen que los demás deben estar totalmente preocupados por su bienestar y tienden a hablar de sus propias preocupaciones e intereses de una forma inapropiadamente larga y detallada, sin reconocer que los demás también tienen sentimientos y necesidades. Son a menudo despectivos e

impacientes con los demás cuando éstos les hablan de sus propios problemas y preocupaciones. Estas personas pueden ser ajenas al dolor que suscitan sus críticas (p. ej., pueden decirle a una expareja eufóricamente "ahora tengo la mejor relación de pareja de toda mi vida", o jactarse de su buena salud frente a alguien que está enfermo). Cuando reconocen las necesidades, los deseos o los sentimientos de otras personas, los suelen ver con desprecio, como signos de debilidad o vulnerabilidad. Los que describen a las personas con trastorno de la personalidad narcisista les tildan emocionalmente de fríos y con falta de interés mutuo.

Estos individuos suelen ser envidiosos o creen que los demás les envidian (Criterio 8). Pueden envidiar los éxitos o posesiones de otras personas, y creen que ellos se merecen esos logros, admiración o privilegios. Devalúan duramente las aportaciones y el reconocimiento de los demás, particularmente cuando esas personas han recibido elogios por sus logros. Estas personas se caracterizan por mostrar comportamientos arrogantes, además de actitudes esnobs, desdeñosas o paternalistas (Criterio 9). Por ejemplo, un individuo con este trastorno pueden quejarse de la "mala educación" o la "estupidez" de un camarero torpe o concluir una evaluación médica con una valoración condescendiente del propio médico.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Esta autoestima tan vulnerable hace que las personas con trastorno de la personalidad narcisista sean muy sensibles al "daño" de la crítica o la derrota. Aunque pueden no demostrarlo externamente, la crítica puede perseguir a estos individuos y hacerles sentir humillados, degradados, minados y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacar de manera desafiante. Tales experiencias a menudo conducen a un retraimiento social o una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Las relaciones interpersonales se ven afectadas por los problemas derivados de los derechos autopercibidos, de la necesidad de admiración y del desprecio con respecto a las sensibilidades e intereses de los demás. A pesar de que la ambición desmedida y la confianza pueden conllevar grandes logros, el rendimiento se puede ver afectado a causa de su intolerancia a la crítica o a la derrota. A veces el funcionamiento profesional puede ser muy bajo, lo que refleja una falta de voluntad para asumir riesgos en situaciones competitivas o de otro tipo en el que la derrota sea posible. Los sentimientos prolongados de vergüenza o humillación y la autocrítica asociada pueden estar relacionados con el aislamiento social, un estado de ánimo depresivo, y un trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno depresivo mayor. En contraste, los períodos mantenidos de grandiosidad pueden estar asociados a un estado de ánimo hipomaníaco. El trastorno de la personalidad narcisista también se relaciona con la anorexia nerviosa y los trastornos por consumo de sustancias (sobre todo los relacionados con la cocaína). Los trastornos de la personalidad histriónica, límite, antisocial y paranoide pueden ser comórbidos con el trastorno de la personalidad narcisista.

Prevalencia

Las estimaciones del trastorno de la personalidad narcisista, en base a las definiciones del DSM-IV, oscilan entre el 0 y el 6,2 % en las muestras de población general.

Desarrollo y curso

Los rasgos narcisistas pueden ser particularmente frecuentes en los adolescentes y no indican necesariamente que el individuo vaya a desarrollar un trastorno de la personalidad narcisista. Los individuos con este trastorno pueden tener dificultades especiales para adaptarse a la aparición de limitaciones físicas y ocupacionales que son inherentes al proceso de envejecimiento.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

De las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad narcisista, entre el 50 y el 75 % son varones.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el narcisista, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distin-

guir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. La característica más útil para discriminar el trastorno de la personalidad narcisista de los trastornos de la personalidad histriónica, antisocial y límite es que sus estilos de interacción se caracterizan por la grandiosidad, la coquetería, la insensibilidad y la necesidad, respectivamente. La relativa estabilidad de la propia autoimagen, así como la falta de preocupaciones autodestructivas, de impulsividad y de miedo al abandono, lo distinguen del trastorno de la personalidad límite. El orgullo excesivo por los logros, la relativa falta de despliegue emocional y el desprecio por las preocupaciones de los demás ayudan a distinguirlo del trastorno de la personalidad histriónica. Aunque los individuos con trastornos de la personalidad límite, histriónica y narcisista pueden exigir mucha atención, las personas con trastorno de la personalidad narcisista tienen la necesidad específica de que esa atención venga acompañada de admiración. Los individuos con trastornos de la personalidad antisocial y narcisista comparten la tendencia a ser obstinados, simplistas, superficiales, explotadores y carentes de empatía. Sin embargo, las personas con trastorno de la personalidad narcisista no presentan necesariamente las características de impulsividad, agresividad y engaño. Además, las personas con trastorno de la personalidad antisocial no necesitan tanto la admiración ni manifiestan envidia de los demás. Por otra parte, las personas con trastorno de la personalidad narcisista generalmente carecen de antecedentes personales de trastorno de conducta en la niñez o de actos delictivos en la adultez. Por lo que respecta al trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, ambos cuadros se caracterizan por tener un compromiso con el perfeccionismo y por creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien. Pero contrariamente a la autocrítica que acompaña a las personas con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, las personas con trastorno de la personalidad narcisista tienen mayor tendencia a creer que han alcanzado la perfección. La desconfianza y el aislamiento social suelen distinguir a las personas con trastornos de la personalidad esquizotípica o paranoide de aquellos con trastorno de la personalidad narcisista. Cuando estas cualidades aparecen en los individuos con trastorno de la personalidad narcisista, se deben al temor a que se descubran sus imperfecciones o defectos.

Muchas personas de gran éxito muestran rasgos de personalidad que podrían ser considerados narcisistas. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad narcisista.

Manía o hipomanía. La grandiosidad puede surgir como parte de los episodios de manía o hipomanía, pero su asociación con el cambio del estado de ánimo o con las alteraciones funcionales ayuda a distinguir estos episodios del trastorno de la personalidad narcisista.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad narcisista también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastornos de la personalidad: Grupo C

Trastorno de la personalidad evitativa

Criterios diagnósticos 301.82 (F60.6)

Patrón dominante de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los siguientes hechos:

1. Evita las actividades laborales que implican un contacto interpersonal significativo por miedo a la crítica, la desaprobación o el rechazo.

<= Ir a la Clasificación

2. Se muestra poco dispuesto a establecer relación con los demás, a no ser que esté seguro de ser apreciado.
3. Se muestra retraído en las relaciones estrechas porque teme que lo avergüencen o ridiculicen.
4. Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Se muestra inhibido en nuevas situaciones interpersonales debido al sentimiento de falta de adaptación.
6. Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
7. Se muestra extremadamente reacio a asumir riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades porque le pueden resultar embarazosas.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad evitativa es un patrón general de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa que comienza en la edad adulta temprana y que está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa rehúyen realizar actividades laborales que impliquen un contacto interpersonal significativo debido a sus temores ante posibles críticas, desaprobación o rechazo (Criterio 1). Podrían rechazar las ofertas de ascensos en el trabajo porque las nuevas responsabilidades podrían dar lugar a críticas por parte de los compañeros de trabajo. Estos individuos evitan hacer nuevos amigos a menos que estén seguros de que serán de su agrado y que ellos van a ser aceptados (Criterio 2). Mientras no tengan una evidencia clara que demuestre lo contrario, asumen que las demás personas son críticas con ellos y que les desaprobarán. Los individuos con este trastorno no se implican en actividades grupales a menos que haya ofrecimientos de protección y apoyo repetidos y generosos. La intimidad interpersonal es a menudo difícil, a pesar de que son capaces de establecer relaciones íntimas cuando hay una seguridad de aceptación incondicional. Pueden actuar con moderación, tienen dificultades para hablar de sí mismos y se guardan sus sentimientos íntimos por temor a estar expuestos, o a ser ridiculizados o avergonzados (Criterio 3).

Debido a que las personas con este trastorno se preocupan de que se les critique o rechace en las situaciones sociales, pueden tener un umbral notablemente bajo para la detección de este tipo de reacciones (Criterio 4). Si alguien muestra incluso una ligera desaprobación o crítica, pueden sentirse muy lastimados. Ellos tienden a ser tímidos, callados, inhibidos e "invisibles" a causa del temor de que cualquier atención pueda ocasionar una situación degradante o de rechazo. Creen que a nadie le importa lo que ellos dicen, o que les "sentará mal", por lo que pueden no hablar nada en absoluto. Reaccionan enérgicamente a las señales sutiles que son sugestivas de burla o mofa. A pesar de su deseo de estar activos y de participar en la vida social, tienen miedo de poner su bienestar en manos de los demás. Los individuos con trastorno de la personalidad evitativa se inhiben en las situaciones interpersonales nuevas debido a que se sienten inadecuados y a que tienen una autoestima baja (Criterio 5). Las dudas referentes a sus competencias sociales y a su atractivo personal se ponen especialmente de manifiesto en los contextos que implican interacciones con extraños. Estos individuos creen que son socialmente ineptos, personalmente poco atractivos o inferiores a los demás (Criterio 6). Son extraordinariamente reacios a tomar riesgos personales o a participar en cualquier actividad nueva, ya que podría resultar embarazosa (Criterio 7). Tienen tendencia a exagerar los peligros potenciales de las situaciones ordinarias, y se someten a un estilo de vida restringido como consecuencia de su necesidad de certeza y seguridad. Las personas con este trastorno podrían cancelar una entrevista de trabajo sólo por temor a que les avergüencen por no haberse vestido apropiadamente. Algunos síntomas somáticos marginales u otros problemas pueden ser la excusa para evitar realizar nuevas actividades.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad evitativa suelen evaluar cuidadosamente los movimientos y las expresiones de las personas con quienes entran en contacto. Su comportamiento temeroso y tenso puede provocar la ridiculización y la burla de los demás, lo que a su vez confirma sus propios temores. Estos individuos están muy preocupados por la posibilidad de reaccionar ante las críticas ruborizándose o llorando. Son descritos por los demás como "tímidos", "vergonzosos", "solitarios"

y "aislados". Los principales problemas asociados a este trastorno se producen en la vida social y en el funcionamiento ocupacional. La baja autoestima y la hipersensibilidad al rechazo están asociadas con los contactos interpersonales restringidos. Estos individuos pueden llegar a estar relativamente aislados y, por lo general, no tienen una red de apoyo social amplia que puede ayudarles en los tiempos de crisis. Desean el afecto y la aceptación, y pueden fantasear sobre relaciones idealizadas con otros. Los comportamientos de evitación también pueden afectar negativamente al funcionamiento ocupacional debido a que estas personas tratan de evitar las situaciones sociales que pueden ser importantes para satisfacer sus demandas básicas de trabajo o de ascenso. Otros trastornos que se diagnostican frecuentemente con el trastorno de la personalidad evitativa son los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad, especialmente el trastorno de ansiedad social (fobia social). El trastorno de la personalidad evitativa se diagnostica a menudo junto con el trastorno de la personalidad dependiente, puesto que suelen convertirse en personas muy apegadas y dependientes de sus pocas amistades. También tienden a ser diagnosticados de trastorno de la personalidad límite o del grupo A de los trastornos de la personalidad (paranoide, esquizoide o esquizotípica).

Prevalencia

Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad evitativa de alrededor de un 2,4 %.

Desarrollo y curso

La conducta de evitación a menudo comienza en la infancia o la niñez con timidez, aislamiento y miedo a los extraños y a las situaciones nuevas. Aunque la timidez en la infancia es un precursor común del trastorno, en la mayoría de las personas tiende a disiparse gradualmente a medida que envejecen. En contraste, las personas que llegan a desarrollar el trastorno de la personalidad evitativa pueden llegar a ser cada vez más tímidas y evasivas durante la adolescencia y la adultez temprana, cuando las relaciones sociales con personas nuevas se vuelven especialmente importantes. Hay una cierta evidencia de que, en los adultos, el trastorno de la personalidad evitativa tiende a ser menos evidente o a remitir con la edad. Este diagnóstico se debe utilizar con mucha precaución en los niños y los adolescentes, en los que la conducta tímida y evasiva podría ser apropiada durante el desarrollo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Puede haber variación en el grado en que los diferentes grupos culturales y étnicos consideran la timidez y la evitación, según corresponda. Por otra parte, la conducta de evitación puede ser el resultado de los problemas de aculturación consecuentes a la inmigración.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de la personalidad evitativa aparece igualmente en los hombres y en las mujeres.

Diagnóstico diferencial

Trastornos de ansiedad. Parece que existe una gran superposición entre trastorno de la personalidad evitativa y el trastorno de ansiedad social (fobia social). Tanto es así que pueden ser conceptualizaciones alternativas de las mismas o de similares alteraciones. La evitación también caracteriza la agorafobia, y a menudo coinciden.

Otros trastornos de la personalidad. Se pueden confundir otros trastornos de la personalidad con el evitativo, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Tanto el trastorno de la personalidad evitativa como el dependiente se caracterizan por sentimientos de incompetencia, hipersensibilidad a la crítica y una nece-

sidad de reafirmación. Aunque el objetivo principal de la preocupación en el trastorno de la personalidad evitativa es eludir la humillación y el rechazo, en el trastorno de la personalidad dependiente la preocupación se centra en ser atendido y cuidado. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad dependiente y el evitativo tienen una especial tendencia a aparecer de forma concomitante. Así como el trastorno de la personalidad evitativa, el trastorno de la personalidad esquizoide y el trastorno de la personalidad esquizotípica se caracterizan por el aislamiento social, los individuos con trastorno de la personalidad evitativa quieren relacionarse con los demás y sienten profundamente su soledad, mientras que aquellos con trastornos de la personalidad esquizoide o esquizotípica pueden alegrarse e incluso preferir su aislamiento social. El trastorno de la personalidad paranoide y el trastorno de la personalidad evitativa se caracterizan por la reticencia a confiar en los demás. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad evitativa, esta renuncia se debe más a un temor a ser avergonzado o a que le encuentren inepto más que a un temor a enfrentarse a las malas intenciones de los demás.

Muchos individuos presentan rasgos de personalidad por evitación. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos, persisten y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo constituyen un trastorno de la personalidad evitativa.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad evitativa también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastorno de la personalidad dependiente

Criterios diagnósticos 301.6 (F60.7)

Necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, lo que conlleva un comportamiento sumiso y de apego exagerado, y miedo a la separación, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas.
2. Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida.
3. Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. (**Nota:** No incluir los miedos realistas de castigo.)
4. Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí mismo (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía).
5. Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan.
6. Se siente incómodo o indefenso cuando está solo por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí mismo.
7. Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que le cuiden y apoyen.
8. Siente una preocupación no realista por miedo a que lo abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad dependiente es una necesidad persistente y excesiva de recibir cuidados que conlleva un comportamiento de extrema sumisión y apego, y temores de separación. Este patrón comienza en la edad adulta y aparece en una variedad de contex-

tos. La dependencia y los comportamientos sumisos están diseñados para obtener la prestación de cuidados y surgen de la autopercepción de que son incapaces de funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente tienen grandes dificultades para tomar decisiones cotidianas (p. ej., elegir el color de camisa para ir a trabajar, o llevar o no el paraguas) sin una cantidad excesiva de consejos y la aprobación de los demás (Criterio 1). Estos individuos tienden a ser pasivos y a permitir que otras personas (a menudo una única persona) tomen la iniciativa y asuman la responsabilidad de la mayoría de las grandes áreas de sus vidas (Criterio 2). Los adultos con este trastorno, por lo general dependen de un padre o cónyuge que decide dónde deben vivir, qué tipo de trabajo deberían tener y con quién deberían tener amistad. Los adolescentes con este trastorno pueden permitir que sus padres decidan cómo deben vestirse, con quién deben relacionarse, cómo deben pasar su tiempo libre y qué carrera estudiar. Esta necesidad de que los demás asuman la responsabilidad supera lo que sería apropiado para su edad y su necesidad de ayuda en las situaciones en las que sería adecuada la intervención de los demás (p. ej., las necesidades específicas de los niños, los ancianos y las personas con discapacidad). El trastorno de la personalidad dependiente se puede desarrollar en una persona que tiene una afección médica grave o una discapacidad, pero en estos casos la dificultad para asumir la responsabilidad debe superar lo que normalmente sería esperable para las personas con esa afección o discapacidad.

Puesto que temen perder el apoyo o la aprobación de los demás, los individuos con trastorno de la personalidad dependiente a menudo tienen dificultades para expresar el desacuerdo con otras personas, especialmente con aquellos de quienes dependen (Criterio 3). Estos individuos se sienten tan incapaces de funcionar solos que pueden mostrarse de acuerdo en cosas que creen que están mal, en vez de arriesgarse a perder la ayuda de aquellos en los que buscan orientación. No muestran su enfado a las personas de las que reciben apoyo y cuidados por miedo a que se distancien de ellos. Si el individuo tiene una preocupación real con respecto a las consecuencias de expresar su desacuerdo (p. ej., un temor real de represalias por parte de un cónyuge abusivo), el comportamiento no debería considerarse como una evidencia de trastorno de la personalidad dependiente.

Los individuos con este trastorno tienen dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas de forma independiente (Criterio 4). Les falta confianza en sí mismos y creen que necesitan ayuda para comenzar y llevar a cabo las tareas. Esperarán a que otras personas comiencen las cosas porque creen que los demás pueden hacerlas mejor. Estas personas están convencidas de que son incapaces de funcionar de manera independiente y se muestran ineptos y con una necesidad constante de ayuda. Sin embargo, tienen tendencia a funcionar adecuadamente si se les da la seguridad de que alguien les supervisa y les da el visto bueno. Pueden tener miedo de llegar a ser más competentes o de parecer que lo son, porque creen que esto les conducirá al abandono. Puesto que dependen de los demás para gestionar sus problemas, a menudo no aprenden las habilidades para vivir de manera autónoma, perpetuando así la dependencia.

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente pueden llegar a extremos exagerados para obtener el cuidado y el apoyo de los demás, hasta el punto de prestarse como voluntarios para tareas desagradables si dicho comportamiento les proporciona el cuidado que necesitan (Criterio 5). Están dispuestos a prestarse para lo que los demás quieran, incluso aunque las peticiones no sean razonables. Su necesidad de mantener un vínculo importante ocasiona relaciones desequilibradas o distorsionadas. Pueden sacrificarse a sí mismos de manera extraordinaria o tolerar el abuso verbal, físico o sexual (cabe señalar que este comportamiento debe considerarse una prueba del trastorno de la personalidad dependiente sólo cuando se puede establecer claramente que hay otras opciones a disposición del individuo). Las personas con este trastorno se sienten incómodas o indefensas cuando están solas, debido a sus temores exagerados de ser incapaces de cuidar de sí mismos (Criterio 6). "Se pegarán" a las personas significativas sólo para evitar estar solos, incluso aunque no estén interesados o implicados en lo que está sucediendo.

Cuando finaliza una relación (p. ej., una ruptura de pareja, la muerte del cuidador), pueden buscar urgentemente otra relación que les proporcione la atención y el apoyo que necesitan (Criterio 7). Su creencia de que son incapaces de funcionar si no cuentan con una relación estrecha motiva a estas personas a vincularse rápida e indiscriminadamente a otro individuo. Las personas con este trastorno

se preocupan por la posibilidad de tener que cuidar de sí mismos (Criterio 8). Se ven tan dependientes de los consejos y de la ayuda de los demás, que se preocupan por la posibilidad de que la otra persona les abandone aun cuando no haya razones que justifiquen tales temores. Para ser considerado como criterio diagnóstico, los temores deben ser excesivos y poco realistas. Por ejemplo, un hombre mayor con cáncer, que se muda a la casa de su hijo para que le cuide, está realizando un comportamiento dependiente que es apropiado, dadas las circunstancias de la vida de esta persona.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas con trastorno de la personalidad dependiente a menudo se caracterizan por el pesimismo y la duda, tienden a menospreciar sus capacidades y recursos, y pueden referirse constantemente a sí mismos como "inútiles". Se toman las críticas y la desaprobación como prueba de su falta de valor y pierden la fe en sí mismos. Buscan la sobreprotección y la dominación de los demás. El rendimiento ocupacional se puede ver afectado cuando se requiere iniciativa y autonomía. Suelen evitar los puestos de responsabilidad y sienten ansiedad cuando se enfrentan a una toma de decisiones. Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas con las que el individuo tiene dependencia. Existe un mayor riesgo de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación. El trastorno de la personalidad dependiente a menudo se desarrolla junto con otros trastornos de la personalidad, especialmente el límite, el evitativo y el histriónico. La afección física crónica o el trastorno de ansiedad por separación en la infancia o en la adolescencia predisponen al individuo a desarrollar este trastorno.

Prevalencia

Los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* 2001-2002 indican una prevalencia del trastorno de la personalidad dependiente del 0,49 %, y la estimación de la prevalencia de la personalidad dependiente obtenida de una muestra probabilística de la Parte II de la *National Comorbidity Survey Replication* es del 0,6 %.

Desarrollo y curso

Este diagnóstico se debe emplear con gran precaución, en todo caso, en los niños y en los adolescentes, en quienes el comportamiento dependiente podría ser apropiado para el desarrollo.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El grado en que los comportamientos dependientes se consideran apropiados varía sustancialmente a través de los diferentes grupos de edad y socioculturales. Se deben tener en cuenta tanto la edad como los factores culturales en la evaluación diagnóstica con cada criterio. El comportamiento dependiente debe ser considerado como un trastorno sólo cuando es claramente excesivo para las normas culturales del individuo o cuando refleja preocupaciones poco realistas. El énfasis en la pasividad, la cortesía y el trato deferente es característico de algunas sociedades y pueden ser valorados incorrectamente como rasgos del trastorno de la personalidad dependiente. Del mismo modo, las sociedades pueden reforzar o desalentar de una manera diferenciada el comportamiento dependiente en los hombres y en las mujeres.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En el ámbito clínico, el trastorno de la personalidad dependiente se ha diagnosticado con más frecuencia en las mujeres, aunque algunos estudios señalan unas tasas de prevalencia similares entre los hombres y las mujeres.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales y afecciónes médicas. El trastorno de la personalidad dependiente se debe distinguir de la dependencia que surge como consecuencia de otros trastornos mentales (p. ej., los trastornos depresivos, el trastorno de pánico, la agorafobia) y como resultado de otras afecciones médicas.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el dependiente, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Aunque muchos trastornos de la personalidad se caracterizan por presentar características dependientes, el trastorno de la personalidad dependiente se puede distinguir por su comportamiento sumiso, reactivo y excesivamente apegado. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el límite se caracterizan por el miedo al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno de la personalidad límite reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y exigencias, mientras que la persona con trastorno de la personalidad dependiente reacciona incrementando su apaciguamiento y sumisión, y busca urgentemente una relación que reemplace los cuidados y el apoyo. El trastorno de la personalidad límite se distingue por un patrón típico de relaciones inestables e intensas. Las personas con trastorno de la personalidad histriónica, como los dependientes, tienen una fuerte necesidad de seguridad y aprobación y pueden parecer infantiles y apegados. Sin embargo, a diferencia del trastorno de la personalidad dependiente, que se caracteriza por el comportamiento humilde y dócil, el trastorno de la personalidad histriónica exhibe una exuberancia sociable con demandas activas de atención. Tanto el trastorno de la personalidad dependiente como el evitativo presentan sentimientos de ineptitud, hipersensibilidad a la crítica y la necesidad de seguridad; sin embargo, los individuos con trastorno de la personalidad evitativa poseen un fuerte temor a la humillación y al rechazo, de tal manera que se distancian hasta estar seguros de que serán aceptados. En contraste, las personas con trastorno de la personalidad dependiente despliegan un patrón de búsqueda y mantenimiento de vínculos importantes con los demás, en lugar de evitar y apartarse de las relaciones.

Muchos individuos tienen rasgos de personalidad dependiente, y sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad dependiente.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que surgen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad dependiente también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Criterios diagnósticos 301.4 (F60.5)

Patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Se preocupa por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los programas hasta el punto de que descuida el objetivo principal de la actividad.
2. Muestra un perfeccionismo que interfiere con la terminación de las tareas (p. ej., es incapaz de completar un proyecto porque no se cumplen sus propios estándares demasiado estrictos).
3. Muestra una dedicación excesiva al trabajo y la productividad que excluye las actividades de ocio y los amigos (que no se explica por una necesidad económica manifiesta).
4. Es demasiado consciente, escrupuloso e inflexible en materia de moralidad, ética o valores (que no se explica por una identificación cultural o religiosa).

5. Es incapaz de deshacerse de objetos deteriorados o inútiles aunque no tengan un valor sentimental.
6. Está poco dispuesto a delegar tareas o trabajo a menos que los demás se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Es avaro hacia sí mismo y hacia los demás; considera el dinero como algo que se ha de acumular para catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la apertura y la eficiencia. Este patrón comienza en la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva tratan de mantener un sentido de control a través de una esmerada atención a las reglas, los detalles triviales, los procedimientos, las listas, los horarios o las formas, de tal manera que se pierde el objetivo principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y tienen tendencia a la repetición, prestando una atención extraordinaria a los detalles y a la comprobación de los posibles errores. No tienen en cuenta el hecho de que los demás puedan estar muy molestos por los retrasos e inconvenientes que se derivan de este comportamiento. Por ejemplo, cuando estas personas extravían una lista de "cosas por hacer", emplean una cantidad excesiva de tiempo en buscar la lista en lugar de reescribirla de memoria y proceder a realizar las tareas. Suelen distribuir de manera poco eficiente el tiempo, dejando las tareas más importantes para el último momento. El perfeccionismo y los altos estándares de rendimiento que se autoimponen causan una disfunción significativa y angustia en estos individuos. Pueden llegar a estar tan involucrados en la fabricación de todos los detalles de un proyecto absolutamente perfecto que el proyecto nunca se termina (Criterio 2). Por ejemplo, la realización de un informe escrito se retrasa por numerosas reescrituras que consumen mucho tiempo, puesto que ninguno de los borradores alcanza la "perfección". Los plazos se pierden y los aspectos de la vida del individuo, que no son el foco actual de la actividad, pueden caer en el caos.

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva muestran una excesiva devoción por el trabajo y la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y de las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no se explica por la necesidad económica. A menudo sienten que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un día del fin de semana libre para ir de excursión o simplemente para relajarse. Suelen postergar las actividades placenteras, tales como las vacaciones, de tal manera que al final no las disfruten. Si finalmente pasan tiempo en actividades de ocio o de vacaciones, se sienten muy incómodos a no ser que lleven algo para trabajar y así no "pierden el tiempo". Pueden realizar con gran esmero las tareas del hogar (p. ej., la limpieza excesiva repetida de modo que "uno podría comer en el suelo"). Si pasan el tiempo con amigos, es probable que sea en algún tipo de actividad formal organizada (p. ej., deportes). Los pasatiempos y las actividades recreativas se abordan como tareas serias que requieren una cuidadosa organización y un arduo trabajo para dominarlas. El énfasis está en el rendimiento perfecto. Estos individuos convierten el juego en una tarea estructurada (p. ej., corregir a un bebé por no poner las anillas en el poste en el orden correcto, decir a un niño que ande en su triciclo siguiendo una línea recta, convertir un partido de béisbol en una dura "lección").

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden ser excesivamente concienzudos, escrupulosos e inflexibles sobre asuntos de moral, ética o de valores (Criterio 4). Pueden forzarse a sí mismos y a los demás a seguir principios morales rígidos y normas de funcionamiento muy estrictas. También pueden ser despiadadamente autocríticos sobre sus propios errores. Los individuos con este trastorno muestran una deferencia rígida con la autoridad y las normas e insisten en un cumplimiento literal, sin excepción por circunstancias especiales. Por ejemplo, el individuo no presta un euro a un amigo que tiene que hacer una llamada de teléfono por aquello de no convertirse "ni en un prestatario ni en un prestamista" o porque es " malo" para

el carácter de la persona. Estas cualidades no deben responder a la cultura o la identificación religiosa del individuo.

Las personas con este trastorno pueden ser incapaces de desprenderse de objetos desgastados o baladíes, incluso cuando no tienen valor sentimental (Criterio 5). A menudo, estos individuos admitirán ser "acumuladores compulsivos", puesto que consideran que deshacerse de los objetos es un despilfarro, porque "nunca se sabe cuándo se puede necesitar algo", por lo que se enfadan si alguien trata de deshacerse de las cosas que han guardado. Sus cónyuges o compañeros pueden quejarse de la cantidad de espacio que ocupan los objetos antiguos, las revistas, los electrodomésticos rotos, etc.

Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son reacios a delegar tareas o trabajar con otros (Criterio 6). Ellos insisten obstinadamente y sin justificación en que todo se haga a su manera y que las personas se ajusten a su forma de hacer las cosas. Suelen dar instrucciones muy detalladas acerca de cómo se deben hacer las cosas (p. ej., hay una y sólo una manera de cortar el césped, lavar los platos o construir una caseta de perro) y se sorprenden y se irritan si otros sugieren alternativas creativas. En otras ocasiones pueden rechazar las ofertas de ayuda incluso cuando van con retraso porque creen que nadie más puede hacerlo bien.

Los individuos con este trastorno pueden ser avaros y tacaños, y pueden mantener un nivel de vida muy por debajo de lo que pueden pagar, en la creencia de que el gasto debe ser estrechamente controlado para prevenir futuras catástrofes (Criterio 7). El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se caracteriza por rigidez y terquedad (Criterio 8). Los individuos con este trastorno están tan preocupados por tener las cosas hechas de una forma "correcta", que tienen problemas para estar de acuerdo con las ideas de otras personas. Estos individuos planifican el futuro al detalle y no están dispuestos a considerar ningún cambio. Totalmente enclaustrados en su propia perspectiva, tienen dificultad para reconocer los puntos de vista de los demás. Los amigos y los colegas pueden llegar a estar frustrados por esta rigidez constante. Aun cuando los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva reconocen que les puede interesar comprometerse, pueden negarse tercamente a hacerlo, argumentando que es "cuestión de principios".

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Cuando las reglas y los procedimientos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones puede convertirse en un proceso a menudo doloroso que consume tiempo. Los individuos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden tener tantas dificultades para decidir qué tareas tienen prioridad o cuál es la mejor manera de hacer una tarea en particular, que no comiencen ninguna. Tienen tendencia a molestarse o a enfadarse en situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, aunque la ira normalmente no se expresa directamente. Por ejemplo, un individuo puede enfadarse cuando el servicio en un restaurante funciona mal, pero en vez de quejarse al encargado, el individuo medita acerca de cuánto dejar de propina. En otras ocasiones, la ira puede expresarse con indignación por una cuestión aparentemente menor. Los individuos con este trastorno pueden estar especialmente atentos a su estatus relativo en las relaciones de dominio y sumisión, y mostrar excesiva deferencia a una autoridad que respetan, y resistencia exagerada a las figuras de autoridad que no respetan.

Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de manera muy controlada o artificial, y se sienten muy incómodos en presencia de otras personas que sean emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas tienen una calidad formal y seria, y pueden permanecer inexpresivos en situaciones en las que otros sonríen y se muestran contentos (p. ej., dar la bienvenida a su pareja al recogerla en el aeropuerto). Se mantienen al margen hasta que están seguros de que lo que van a decir será perfecto. Pueden estar preocupados por la lógica y el razonamiento, y ser intolerantes ante el comportamiento afectivo de los demás. A menudo tienen dificultad para expresar sentimientos de ternura, y raramente elogian a los demás. Los individuos con este trastorno pueden experimentar dificultades y angustia en el trabajo, sobre todo cuando se enfrentan a nuevas situaciones que exigen flexibilidad y compromiso.

Las personas con trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social (fobia social) y las fobias específicas, y con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

presentan una mayor probabilidad de tener un trastorno de la personalidad que cumpla con los criterios del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. De todas maneras, parece que la mayoría de los individuos con TOC no tiene un patrón de comportamiento que cumpla con los criterios de este trastorno de la personalidad. Muchas de las características del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se superponen con las características de la personalidad "tipo A" (p. ej., la preocupación por el trabajo, la competitividad, la urgencia de tiempo), y estas características suelen aparecer en las personas con riesgo de infarto de miocardio. Existe una asociación entre el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y los trastornos depresivos, bipolares y de la conducta alimentaria.

Prevalencia

El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva es uno de los trastornos de la personalidad más prevalentes en la población general, con una estimación de la prevalencia de entre un 2,1 a un 7,9 %.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En la evaluación de un individuo con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, el clínico no debe incluir, como rasgos patológicos, aquellos comportamientos que reflejan hábitos, costumbres o estilos interpersonales que son fomentados culturalmente por el grupo de referencia del individuo. Algunas culturas ponen un énfasis sustancial en el trabajo y la productividad, y los comportamientos resultantes en los miembros de estas sociedades no deben ser considerados indicativos de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

En los estudios sistemáticos, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva se diagnostica aproximadamente con el doble de frecuencia en el sexo masculino.

Diagnóstico diferencial

Trastorno obsesivo-compulsivo. A pesar de la similitud en los nombres, el TOC suele distinguirse fácilmente del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva como para el TOC, deben registrarse ambos diagnósticos.

Trastorno de acumulación. El diagnóstico de trastorno de acumulación se debe considerar especialmente cuando el acaparamiento es extremo (p. ej., las pilas almacenadas de objetos sin valor presentan riesgo de incendio y hacen que sea difícil para los demás andar por la casa). Cuando se cumplen los criterios tanto para el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva como para el trastorno de acumulación, deben codificarse ambos diagnósticos.

Otros trastornos de la personalidad. Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el obsesivo-compulsivo, ya que tienen ciertas características en común. Por tanto, es importante distinguir estos trastornos basándose en las características diferenciales. Sin embargo, si un individuo tiene características de personalidad que cumplen los criterios para uno o más trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse todos. Las personas con trastorno de la personalidad narcisista también pueden mostrar un compromiso con el perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer las cosas tan bien, pero estas personas tienen más tendencia a creer que han alcanzado la perfección, mientras que aquellos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son generalmente autocríticos. Los individuos con trastorno de la personalidad antisocial o narcisista muestran falta de generosidad con los demás, pero sí están dispuestos a darse caprichos, mientras que aquellos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva adoptan un estilo de gasto muy restrictivo para ellos mismos y para los demás. Tanto los trastornos de la personalidad esquizoide como la obsesivo-compulsiva se caracterizan por una formalidad aparente y un desapego social. En el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, esto se deriva del malestar en las emociones y de la devoción excesiva hacia el trabajo, mientras que en el trastorno de la personalidad esquizoide hay una falta fundamental de capacidad para la intimidad.

Los rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos pueden ser, con moderación, especialmente adaptativos, particularmente en las situaciones que premian un alto rendimiento. Sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva.

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica. El cambio de la personalidad debido a otra afección médica se caracteriza porque los rasgos que aparecen son atribuibles a los efectos directos de una afección médica sobre el sistema nervioso central.

Trastornos por consumo de sustancias. El trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva también debe diferenciarse de los síntomas que se pueden desarrollar en relación con el consumo persistente de sustancias.

Otros trastornos de la personalidad

Cambio de la personalidad debido a otra afección médica

Criterios diagnósticos 310.1 (F07.0)

A. Alteración persistente de la personalidad que constituye un cambio respecto al anterior patrón característico de la personalidad del individuo.

   Nota: En los niños, la alteración implica una desviación notable del desarrollo normal o un cambio significativo de los patrones de comportamiento habitual del niño, que dura al menos un año.

B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que la alteración es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (incluido otro trastorno mental debido a otra afección médica).

D. La alteración no se produce exclusivamente en el curso de un delirium.

E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Tipo lábil: Si la característica predominante es la labilidad afectiva.
Tipo desinhibido: Si la característica predominante es un control insuficiente de los impulsos, como se pone de manifiesto por las indiscreciones sexuales, etc.
Tipo agresivo: Si la característica predominante es el comportamiento agresivo.
Tipo apático: Si la característica predominante es la apatía e indiferencia intensa.
Tipo paranoide: Si la característica predominante es la suspicacia o las ideas paranoides.
Otro tipo: Si la presentación no se caracteriza por ninguno de los subtipos anteriores
Tipo combinado: Si en el cuadro clínico predomina más de una característica.
Tipo no especificado

Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica (p. ej., 310.1 [F07.0] cambio de la personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal). La otra afección médica se codificará y se hará constar por separado inmediatamente antes del trastorno de la personalidad debido a otra afección médica (p. ej., 345.40 [G40.209] epilepsia del lóbulo temporal; 310.1 [F07.0] cambio de la personalidad debido a epilepsia del lóbulo temporal).

<= Ir a la Clasificación

Subtipos

El cambio de personalidad en particular puede especificarse indicando los síntomas que predominan en la presentación del cuadro clínico.

Características diagnósticas

La característica esencial del cambio de la personalidad debido a otra afección médica es un trastorno de la personalidad persistente que se considera que es debido a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica. La alteración de la personalidad representa un cambio en el patrón característico de personalidad del individuo. En los niños, esta alteración puede manifestarse como una marcada desviación del desarrollo normal en lugar de como un cambio en el patrón de personalidad estable (Criterio A). Debe haber evidencia de antecedentes y de pruebas físicas obtenidas de la exploración o de laboratorio de que el cambio de la personalidad es la consecuencia fisiológica directa de otra afección médica (Criterio B). No se codificará este diagnóstico si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental (Criterio C). Tampoco se diagnosticará este cuadro si la alteración se produce exclusivamente durante el curso de un delirium (Criterio D). La alteración también debe provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la vida social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento (Criterio E). Las manifestaciones más comunes de la transformación de la personalidad son la inestabilidad afectiva, la falta de control de los impulsos, los arrebatos de agresividad o rabia totalmente desproporcionados ante cualquier estresor psicosocial precipitante, la profunda apatía, la desconfianza o la ideación paranoide. La fenomenología del cambio se indica con los subtipos enumerados en los criterios diagnósticos. Una persona con este trastorno es descrito por los demás como "no es como es él/ella", "mi padre no es así". Aunque comparte el término "personalidad" con los otros trastornos de la personalidad, este diagnóstico es distinto en virtud de su etiología específica, distinta fenomenología, e inicio y curso más variables.

La presentación clínica en un individuo dado puede depender de la naturaleza y la localización del proceso patológico. Por ejemplo, la lesión en los lóbulos frontales puede producir síntomas tales como la falta de juicio o de planificación, la jocosidad, la desinhibición y la euforia. El daño en el hemisferio derecho se ha demostrado que produce cambios de personalidad asociados a heminegligencia espacial, anosognosia (la incapacidad para reconocer un déficit corporal o funcional, tal como la existencia de una hemiparesia), impersistencia motriz y otros déficits neurológicos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Existen múltiples afecciónes médicas y neurológicas que pueden causar cambios de la personalidad, incluyendo las neoplasias del sistema nervioso central, el traumatismo craneoencefálico, la afección cerebrovascular, la afección de Huntington, la epilepsia, las afecciones infecciosas con afectación del sistema nervioso central (p. ej., el VIH), las afecciones endocrinas (p. ej., el hipotiroidismo, el hipo e hiperadrenocorticismo), y las afecciones autoinmunes con afectación del sistema nervioso central (p. ej., el lupus eritematoso sistémico). La exploración física asociada, las pruebas de laboratorio y los patrones de prevalencia e inicio reflejan las de la afección neurológica o médica en cuestión.

Diagnóstico diferencial

Afecciones médicas crónicas asociadas con el dolor y la discapacidad. Las afecciones médicas crónicas asociadas al dolor y la discapacidad también pueden relacionarse con cambios en la personalidad. Se debe considerar el diagnóstico de cambio de la personalidad debido a otra afección médica sólo si se establece un mecanismo fisiopatológico directo. Este diagnóstico no se codifica si el cambio se debe a un ajuste o a una respuesta conductual o psicológica ante otra afección médica (p. ej., las conductas dependientes que se derivan de la necesidad de la ayuda de los demás después de un traumatismo craneal grave, de una afección cardiovascular o de una demencia).

Delirium o trastorno neurocognitivo importante. El cambio de la personalidad es una característica que se asocia frecuentemente al delirium o al trastorno neurocognitivo mayor. Sin embargo, no se realizará el diagnóstico independiente de cambio de la personalidad debido a afección médica si dicho cambio se produce exclusivamente durante el curso del delirium. Sin embargo, sí se codificará, además del diagnóstico de los principales trastornos neurocognitivos, si el cambio de la personalidad es una parte destacada de la presentación clínica.

Otro trastorno mental debido a otra afección médica. No se realizará el diagnóstico de cambio debido a otra afección médica si la alteración se explica mejor por otro trastorno mental debido a otra afección médica (p. ej., el trastorno depresivo debido a un tumor cerebral).

Trastornos por consumo de sustancias. Los cambios en la personalidad también pueden aparecer en el contexto de los trastornos de consumo de sustancias, especialmente si el trastorno es de larga evolución. El clínico debe investigar cuidadosamente acerca de la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias. Si se desea indicar una relación causal entre el cambio de la personalidad y el consumo de la sustancia, se debe emplear la categoría de trastorno por consumo no especificado de la sustancia concreta (p. ej., trastorno relacionado con consumo de estimulantes no especificado).

Otros trastornos mentales. Los cambios notables de personalidad también pueden ser una característica asociada a otros trastornos mentales (p. ej., la esquizofrenia, el trastorno delirante, los trastornos depresivos y bipolares, otras conductas disruptivas especificadas y no especificadas, los trastornos del control de los impulsos y de conducta, el trastorno de pánico). Sin embargo, en estos trastornos ningún factor fisiológico específico se asocia etiológicamente con el cambio de personalidad.

Otros trastornos de la personalidad. El cambio de personalidad debido a otra afección médica se puede distinguir de un trastorno de la personalidad por la exigencia de un cambio clínicamente significativo del funcionamiento de la personalidad premórbida y por la presencia de una afección médica etiológica específica.

Otro trastorno de la personalidad especificado

301.89 (F60.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría de otro trastorno de la personalidad especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno de la personalidad específico. Esto se hace registrando "otro trastorno de la personalidad especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "características mixtas de la personalidad").

Trastorno de la personalidad no especificado

301.9 (F60.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la personalidad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la personalidad. La categoría del trastorno de la personalidad no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno de la personalidad específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

<= Ir al Índice

Trastornos parafílicos

Los trastornos parafílicos incluidos en este manual son: trastorno de voyeurismo (espiar las actividades privadas de terceras personas), trastorno de exhibicionismo (enseñar los genitales), trastorno de frotteurismo (tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento), trastorno de masoquismo sexual (someterse a humillación, ataduras o sufrimiento), trastorno de sadismo sexual (infligir humillación, ataduras o sufrimiento), trastorno de pedofilia (fijación sexual en los niños), trastorno de fetichismo (el uso de objetos inanimados o un gran interés centrado en partes del cuerpo distintas de los genitales) y trastorno de travestismo (travestirse para excitarse sexualmente). Estos trastornos han sido seleccionados tradicionalmente en las listas específicas y de asignación de criterios diagnósticos explícitos en el DSM por dos razones fundamentales: son relativamente frecuentes en relación con otros trastornos parafílicos y algunos de ellos dan lugar a acciones para su satisfacción que, debido a su nocividad o posibles daños a terceros, son tipificados como delitos criminales. Los ocho trastornos incluidos no agotan la lista de posibles trastornos parafílicos. Se han identificado y nominado varias decenas de diferentes parafilias y casi todas ellas podrían, en virtud de sus consecuencias negativas para el mismo afectado o los demás, elevarse a la categoría de trastorno parafílico. El diagnóstico de otro trastorno parafílico especificado y no especificado es por lo tanto indispensable y será necesario en muchos casos.

En este capítulo, el orden de presentación de los trastornos parafílicos incluidos corresponde generalmente a los esquemas de clasificación habituales de estas afecciones. El primer grupo de trastornos está basado en las *preferencias de actividad anómalas.* Estos trastornos se subdividen en *trastornos del cortejo,* que presentan componentes distorsionados del comportamiento humano en el cortejo (trastorno de voyeurismo, trastorno de exhibicionismo y trastorno de frotteurismo) y los *trastornos algolágnicos,* que implican dolor y sufrimiento (trastorno de masoquismo sexual y trastorno de sadismo sexual). El segundo grupo de trastornos está basado en *preferencias de objetivo anómalas.* Esos trastornos incluyen uno orientado a otras personas (trastorno pedofílico) y dos orientados a otros campos (trastorno de fetichismo y trastorno de travestismo).

El término *parafilia* denota cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales. En algunas circunstancias, los criterios "intenso y persistente" pueden ser difíciles de aplicar, como en la valoración de personas de edad muy avanzada o enfermas y que no pueden tener intereses sexuales "intensos" de ningún tipo. En esas circunstancias, el término *parafilia* puede ser definido como cualquier interés sexual mayor o igual a los intereses sexuales normofílicos. También hay parafilias específicas que se definen mejor generalmente como intereses sexuales *preferentes* en lugar de intereses sexuales intensos.

Algunas parafilias tienen como preocupación primaria, ante todo, las actividades eróticas de la persona y otras se centran en los objetivos eróticos de la persona. Entre las primeras cabe destacar el interés intenso y persistente en los azotes, latigazos, cortes, ataduras y la asfixia de otras personas o un interés en esas actividades que iguala o excede el interés por copular o mantener una interacción equivalente con otra persona. Como ejemplo de las últimas cabe mencionar el interés sexual preferente o intenso hacia los niños, los cadáveres o los amputados (como grupo), así como el interés preferente o intenso por animales no humanos, como caballos o perros, o hacia objetos inanimados, como zapatos o artículos de goma.

Un *trastorno parafílico* es una parafilia que causa malestar o deterioro en el individuo o una parafilia cuya satisfacción conlleva un perjuicio personal o riesgo de daño a terceros. La parafilia es una

<= Ir a la Clasificación

condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico, y la parafilia por sí misma no justifica o requiere necesariamente la intervención clínica.

En los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos parafílicos descritos, el Criterio A especifica la naturaleza cualitativa de la parafilia (p. ej., la atención erótica centrada en los niños o en mostrar los genitales a desconocidos) y el Criterio B especifica las consecuencias negativas de la parafilia (el malestar, deterioro o daño a terceros). De acuerdo con la distinción entre parafilias y trastornos parafílicos, el término *diagnóstico* debería reservarse para las personas que cumplen ambos criterios, A y B (personas que presentan un trastorno parafílico). Si para una determinada parafilia un individuo cumple el criterio A pero no cumple el criterio B –circunstancia que podría salir a relucir cuando se descubre una parafilia benigna durante la intervención clínica de alguna otra afección–, entonces puede decirse que ese individuo tiene una parafilia, pero no un trastorno parafílico.

No es raro que una misma persona presente dos o más parafilias. En algunos casos, los objetivos parafílicos están íntimamente relacionados y la conexión entre parafilias es intuitivamente comprensible (p. ej., el fetichismo de los pies y el fetichismo de los zapatos). En otros casos, la conexión entre parafilias no es obvia y la presencia de varias parafilias puede ser casual o debida a otras circunstancias relacionadas con una vulnerabilidad generalizada a las anomalías del desarrollo psicosexual. En cualquier caso, los diagnósticos comórbidos de trastornos parafílicos separados pueden justificarse si más de una parafilia causa sufrimiento en la persona o daño a terceros.

Debido a la doble naturaleza del diagnóstico de los trastornos parafílicos se puede evaluar la intensidad de la parafilia en sí misma o la gravedad de sus consecuencias mediante medidas y valoraciones de gravedad calificadas por el paciente o por un clínico. Aunque el malestar y el deterioro estipulados en el Criterio B son la clave del resultado inmediato o final de la parafilia y no cualquier otro factor en especial, los fenómenos de depresión reactiva, ansiedad, culpa, escasa experiencia laboral, deterioro en las relaciones sociales y demás no son únicos en sí mismos y pueden ser cuantificados con medidas polivalentes del funcionamiento psicosocial o de la calidad de vida.

El marco de aplicación más extendido para evaluar la intensidad de una parafilia por sí misma es aquél en el que los deseos irrefrenables, los comportamientos o las fantasías sexuales parafílicas del examinado se evalúan en relación a sus intereses y comportamientos sexuales normofílicos mediante entrevistas clínicas o cuestionarios autoadministrados, preguntando a los examinados si sus fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos sexuales parafílicos son más débiles, iguales o más fuertes que sus comportamientos e intereses sexuales normofílicos. Esta misma clase de comparación puede utilizarse, y de hecho se utiliza, en las medidas psicofisiológicas de interés sexual, como la pletismografía peneana en los hombres y el tiempo de observación en hombres y mujeres.

Trastorno de voyeurismo

Criterios diagnósticos 302.82 (F65.3)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El individuo que experimenta la excitación y/o que actúa con un deseo irrefrenable tiene como mínimo 18 años de edad.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de un comportamiento voyeurista es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Especificadores

El especificador "en remisión total" no implica la presencia o ausencia continuada de voyeurismo *per se*, que puede estar presente después de que los comportamientos o el malestar hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno de voyeurismo pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a observar a personas desprevenidas que estén desnudas, desnudándose o dedicadas a realizar actividades sexuales a pesar de haber pruebas de lo contrario. Si los individuos que lo admiten explican también malestar o problemas psicosociales debido a sus preferencias sexuales voyeurísticas, entonces se pueden diagnosticar de trastorno de voyeurismo. Por otro lado, si refieren que no sufren malestar, demostrado por ausencia de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza por estos impulsos parafílicos, no hay un deterioro en otras áreas importantes del funcionamiento debido a sus intereses sexuales y sus antecedentes psiquiátricos o legales indican que no actúan de esa manera, entonces puede afirmarse que tienen un interés sexual de voyeurismo, pero *no* deben ser diagnosticados de trastorno de voyeurismo.

Entre los individuos que no lo admiten se incluyen, por ejemplo, los que han espiado repetidamente en distintas ocasiones a personas desprevenidas que están desnudas o dedicadas a una actividad sexual pero que niegan cualquier deseo irrefrenable o fantasía relacionada con dicho comportamiento sexual, y que pueden explicar que los episodios conocidos de observación de personas desprevenidas que están desnudas o en actividad sexual fueron esporádicos y no sexuales. Otros individuos pueden reconocer episodios anteriores de observación de personas desprevenidas que estaban desnudas o sexualmente activas pero rebatir cualquier interés sexual significativo o continuado en ese comportamiento. Desde el momento en que los individuos niegan tener fantasías con la observación de terceras personas desnudas o en actividad sexual, dichos individuos también negarán sentirse subjetivamente mal o presentar deterioro en lo social debido a sus impulsos. A pesar de su actitud no reconocedora, dichos individuos pueden ser diagnosticados de trastorno de voyeurismo. El comportamiento voyeurístico recurrente constituye un argumento suficiente a favor del voyeurismo (al cumplir el Criterio A) y simultáneamente demuestra que ese comportamiento de motivación parafílica causa daño a terceras personas (al cumplir el Criterio B).

Espiar "recurrentemente" a personas desprevenidas que están desnudas o manteniendo relaciones sexuales (varias víctimas, diferentes en cada ocasión) puede ser interpretado, como norma general, como la presencia de tres o más víctimas en diferentes ocasiones. Un menor número de víctimas puede también satisfacer el criterio siempre que se espíe a la misma víctima en varias ocasiones o si hay pruebas que confirman un interés distinto o preferente en observar a escondidas a personas desprevenidas que están desnudas o en actividad sexual. Nótese que la existencia de varias víctimas, como se ha sugerido anteriormente, es condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; los criterios también pueden cumplirse si el sujeto reconoce un interés sexual voyeurístico intenso.

El marco temporal del Criterio A, en el que los signos o síntomas del voyeurismo deben haber persistido durante al menos 6 meses, debe entenderse como una pauta general, no como un umbral estricto, con el fin de asegurar que el interés sexual en observar a escondidas a personas desprevenidas desnudas o en actividad sexual no es meramente transitorio.

La adolescencia y la pubertad generalmente incrementan la curiosidad y la actividad sexual. Con el fin de atenuar el riesgo de patologizar el interés y el comportamiento sexual que son normales durante la adolescencia puberal, la edad mínima para el diagnóstico del trastorno de voyeurismo se establece en 18 años (Criterio C).

Prevalencia

Los actos de voyeurismo son los más frecuentes para un potencial comportamiento sexual delictivo. La prevalencia entre la población del trastorno de voyeurismo se desconoce. Sin embargo, basándose en

muestras no clínicas de actos sexuales voyeurísticos, la máxima prevalencia posible del trastorno de voyeurismo a lo largo de la vida es de aproximadamente el 12% en los hombres y el 4% en las mujeres.

Curso y desarrollo

Los hombres adultos con trastorno de voyeurismo a menudo se dan cuenta por primera vez en la adolescencia de su interés por espiar a escondidas a personas desprevenidas. Sin embargo, la edad mínima para el diagnóstico del trastorno de voyeurismo es de 18 años por la dificultad que entraña diferenciarlo de la curiosidad y la actividad sexual propias de la pubertad a esas edades. La persistencia del voyeurismo a lo largo del tiempo no está clara. El trastorno de voyeurismo, sin embargo, requiere por definición uno o más factores contribuyentes que pueden variar con el tiempo con o sin tratamiento: malestar subjetivo (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad), morbilidad psiquiátrica, hipersexualidad e impulsividad sexual, deterioro psicosocial y propensión a comportarse sexualmente espiando a personas desprevenidas desnudas o en actividad sexual. Por lo tanto, el curso del trastorno de voyeurismo es probable que cambie con la edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. El voyeurismo es una condición previa necesaria del trastorno de voyeurismo; por consiguiente, los factores de riesgo del voyeurismo deberían a su vez incrementar las tasas del trastorno de voyeurismo.

Ambientales. El abuso sexual en la infancia, el abuso de sustancias y la preocupación sexual/hipersexualidad se han sugerido como factores de riesgo, aunque la relación causal con el voyeurismo es incierta y la especificidad no está clara.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de voyeurismo es muy raro en las mujeres en los contextos clínicos, mientras que la proporción entre hombres y mujeres que realizan actos aislados de voyeurismo para alcanzar la excitación sexual podría ser de 3:1.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de conducta y trastorno de la personalidad antisocial. El trastorno de conducta de los adolescentes y el trastorno de la personalidad antisocial se caracterizarían por comportamientos añadidos antisociales y de transgresión de las normas establecidas, mientras que estaría ausente el interés sexual específico por observar a escondidas a personas desprevenidas desnudas o en actitud sexual.

Trastornos por consumo de sustancias. Los trastornos por consumo de sustancias pueden entrañar episodios voyeurísticos aislados en los individuos intoxicados, pero no deberían incluir el típico interés sexual por espiar a escondidas a personas desprevenidas desnudas o en plena actividad sexual. De ahí que los comportamientos, deseos irrefrenables y/o fantasías voyeurísticas recurrentes que ocurren también cuando el individuo no está intoxicado sugieran la posible presencia de un trastorno de voyeurismo.

Comorbilidad

La comorbilidad conocida del trastorno de voyeurismo se basa en gran medida en estudios con hombres que o bien han sido sospechosos, o bien han sido condenados por observar a escondidas a personas desprevenidas desnudas o que realizaban actividades sexuales. Por tanto, esta comorbilidad no debería aplicarse a todos los individuos con trastorno de voyeurismo. Entre las afecciones comórbidas con el trastorno de voyeurismo están la hipersexualidad y otros trastornos parafílicos, especialmente el trastorno de exhibicionismo. También son afecciones comórbidas frecuentes los trastornos depresivo, bipolar, de ansiedad y de consumo de sustancias. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y el trastorno de la personalidad antisocial también son afecciones comórbidas frecuentes.

Trastorno de exhibicionismo

Criterios diagnósticos 302.4 (F65.2)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de la exposición de los genitales a una persona desprevenida, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes
Sexualmente excitado por exposición de los genitales a individuos físicamente maduros
Sexualmente excitado por exposición de los genitales a niños prepúberes y a individuos físicamente maduros

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de exposición de los genitales es limitada.
En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Subtipos

Los subtipos del trastorno de exhibicionismo se basan en la edad o madurez física de las personas que, sin su consentimiento, son objeto preferente de la exposición genital. Estas personas que no dan su consentimiento pueden ser niños prepúberes, adultos o ambos. Este especificador debería contribuir a prestar la debida atención a las características de las víctimas de los individuos con trastorno exhibicionista para prevenir posibles trastornos de pedofilia concurrentes que pudieran pasarse por alto. Sin embargo, los indicios de que el individuo con trastorno exhibicionista siente atracción sexual por mostrar sus genitales a niños no deberían excluir un diagnóstico de trastorno de pedofilia.

Especificadores

El especificador "en remisión total" no implica la presencia o ausencia de exhibicionismo *per se*, que puede estar presente después de que los comportamientos o el malestar hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno de exhibicionismo pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a exponer sus genitales a personas desprevenidas, a pesar de haber datos objetivos de lo contrario. Si los individuos que lo admiten refieren también problemas psicosociales causados por sus preferencias o el deseo sexual de exponer sus genitales, pueden ser diagnosticados de trastorno de exhibicionismo. Por el contrario, si refieren no sufrir malestar (ejemplificado por la ausencia de ansiedad, obsesiones y culpa o vergüenza por los impulsos parafílicos), no hay deterioro en otras áreas importantes del funcionamiento debido a sus intereses sexuales y los antecedentes psiquiátricos, legales o referidos por el propio individuo indican que no actúan de esa manera, entonces puede afirmarse que tienen un interés sexual de exhibicionismo, pero *no* deben ser diagnosticados de trastorno de exhibicionismo.

Ejemplos de individuos que no lo admiten son los que se han expuesto repetidamente a personas desprevenidas en diferentes ocasiones pero niegan cualquier deseo irrefrenable o fantasía relacionada

con dicho comportamiento sexual, y que pueden explicar que los episodios de exposición fueron de naturaleza esporádica y no sexual. Otros individuos pueden reconocer episodios anteriores de exposición genital, pero rechazan cualquier interés sexual significativo o continuado en ese comportamiento. Desde el momento en que niegan tener deseos irrefrenables o fantasías de exposición genital, estos individuos también negarán sentirse subjetivamente mal o presentar deterioro social debido a sus impulsos. A pesar de su negativa a aceptarlo, estos individuos pueden ser diagnosticados de trastorno de exhibicionismo. El comportamiento exhibicionista recurrente constituye un argumento suficiente para el exhibicionismo (Criterio A) y simultáneamente demuestra que ese comportamiento de motivación parafílica causa daño a terceras personas (Criterio B).

La exposición genital "recurrente" a personas desprevenidas (varias víctimas, diferentes en cada ocasión) puede interpretarse, como norma general, como la existencia de tres o más víctimas en diferentes ocasiones. Un menor número de víctimas puede también satisfacer el criterio siempre que la víctima de la exposición sea la misma en varias ocasiones o si hay pruebas que confirmen un interés claro o preferente en exponer los genitales a personas desprevenidas. Nótese que la presencia de varias víctimas, como se ha sugerido anteriormente, es condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico, ya que los criterios pueden cumplirse si el sujeto reconoce su interés sexual exhibicionista intenso con malestar o deterioro.

El marco temporal del Criterio A, por el que los signos o síntomas de exhibicionismo deben haber persistido durante al menos 6 meses, debe entenderse como una pauta general, no como un umbral estricto, con el fin de asegurar que el interés sexual por la exposición genital a personas desprevenidas no sea meramente transitorio. Esto podría expresarse mediante pruebas claras de comportamientos repetidos o malestar durante un período no transitorio menor de 6 meses.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de exhibicionismo se desconoce. Sin embargo, basándose en los casos de exhibicionismo observados en muestras no clínicas o la población general, la máxima prevalencia posible del trastorno de exhibicionismo es del 2-4 % en los varones. La prevalencia del trastorno exhibicionista en las mujeres es más desconocida si cabe, pero se cree que, en general, es muy inferior a la de hombres.

Desarrollo y curso

Los hombres adultos con trastorno exhibicionista a menudo refieren que la primera vez que se dieron cuenta de su interés sexual en exponer sus genitales a personas desprevenidas fue durante la adolescencia, un poco más tarde del desarrollo típico del interés sexual normativo en hombres o mujeres. Aunque no hay una edad mínima establecida para diagnosticar el trastorno de exhibicionismo, puede ser difícil diferenciar los comportamientos exhibicionistas de la curiosidad sexual propia de la edad en la adolescencia. Mientras que los impulsos exhibicionistas parecen surgir en la adolescencia o en las primeras etapas de la edad adulta, se conoce poco sobre su persistencia en el tiempo. El trastorno exhibicionista requiere, por definición, uno o más factores contribuyentes, que pueden variar con el tiempo, con o sin tratamiento: malestar subjetivo (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad), comorbilidad con un trastorno mental, hipersexualidad e impulsividad sexual, deterioro psicosocial y propensión a comportarse sexualmente exponiendo los genitales a personas desprevenidas. Por lo tanto, el curso del trastorno de exhibicionismo es probable que cambie con la edad. Tal y como ocurre con otras preferencias sexuales, el aumento de la edad puede asociarse a una disminución del comportamiento y las preferencias sexuales de carácter exhibicionista.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Puesto que el exhibicionismo es condición previa necesaria del trastorno de exhibicionismo, los factores de riesgo del exhibicionismo deberían a su vez incrementar las tasas del trastorno de exhibicionismo. Los antecedentes antisociales, el trastorno de la personalidad antisocial, el abuso de alcohol y las preferencias sexuales pedófilas pueden incrementar el riesgo de recidiva en

los agresores sexuales exhibicionistas. De ahí que el trastorno de personalidad antisocial, el trastorno de consumo de alcohol y el interés pedófilo puedan considerarse factores de riesgo del trastorno de exhibicionismo en los hombres con preferencias sexuales exhibicionistas.

Ambientales. El abuso emocional y sexual en la infancia y la hipersexualidad/preocupación sexual se han sugerido como factores de riesgo para el exhibicionismo, aunque la relación causal con el exhibicionismo es incierta y la especificidad no está clara.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

El trastorno de exhibicionismo es muy inusual en mujeres, si bien pueden producirse episodios aislados de excitación sexual exhibicionista con una frecuencia que, como mucho, llega a ser de la mitad en comparación con los hombres.

Consecuencias funcionales del trastorno de exhibicionismo

Las consecuencias funcionales del trastorno de exhibicionismo no se han abordado en los estudios de individuos que no han actuado sexualmente exponiendo sus genitales a personas desprevenidas pero que cumplen el Criterio B de experimentar un malestar emocional intenso con esas preferencias.

Diagnóstico diferencial

Los posibles diagnósticos diferenciales del trastorno de exhibicionismo también son a veces trastornos comórbidos con él. Por tanto, normalmente es necesario evaluar los signos del trastorno exhibicionista y de las otras posibles afecciones por separado.

Trastorno de conducta y trastorno de la personalidad antisocial. El trastorno de conducta en adolescentes y el trastorno de la personalidad antisocial se caracterizarían por comportamientos añadidos antisociales y de transgresión de las normas establecidas, mientras que estaría ausente el interés sexual específico por exponer los genitales.

Trastorno por consumo de sustancias. Los trastornos por consumo de alcohol y sustancias pueden entrañar episodios exhibicionistas aislados en los individuos intoxicados, pero no deberían incluir el típico interés sexual por exponer los genitales a personas desprevenidas. De ahí que los comportamientos, deseos irrefrenables o fantasías exhibicionistas recurrentes que ocurran también cuando el individuo no está intoxicado sugieran la posible presencia de un trastorno de exhibicionismo.

Comorbilidad

La comorbilidad conocida del trastorno de exhibicionismo se basa en gran medida en estudios de individuos (casi siempre hombres) condenados por actos delictivos en los que interviene la exposición genital a personas sin su consentimiento. Por tanto, esta comorbilidad podría no aplicarse a todos los individuos que cumplen los requisitos diagnósticos del trastorno de exhibicionismo. Las afecciones que presentan comorbilidad con el trastorno de exhibicionismo en porcentajes elevados son los trastornos depresivo, bipolar, de ansiedad y por consumo de sustancias, la hipersexualidad, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, otros trastornos parafílicos y el trastorno de la personalidad antisocial.

Trastorno de frotteurismo

Criterios diagnósticos 302.89 (F65.81)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de los tocamientos o fricción contra una persona sin su consentimiento y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de tocamientos o fricción es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento, durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Especificadores

El especificador "en remisión total" no implica la presencia o ausencia de frotteurismo *per se*, que puede estar presente después de que los comportamientos o el malestar hayan remitido.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno de frotteurismo pueden aplicarse tanto a los individuos que en mayor o menor medida admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a realizar tocamientos o fricciones contra una persona sin su consentimiento a pesar de haber pruebas objetivas de lo contrario. Si los individuos que lo admiten refieren también deterioro psicosocial a causa de sus preferencias o deseos sexuales de realizar tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento, pueden ser diagnosticados de trastorno de frotteurismo. Por el contrario, si refieren no sufrir malestar (demostrado por la ausencia de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza) por los impulsos parafílicos, no hay un deterioro en otras áreas importantes del funcionamiento debido a sus intereses sexuales y sus antecedentes psiquiátricos o legales indican que no actúan de esa manera, entonces puede afirmarse que les interesa sexualmente el frotteurismo, pero *no* deben ser diagnosticados de trastorno de frotteurismo.

Entre los individuos que no lo admiten se incluyen quienes han realizado en distintas ocasiones tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento pero que niegan cualquier deseo irrefrenable o fantasía relacionada con dicho comportamiento sexual. Estos individuos pueden referir que los episodios identificados en los que ha habido tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento fueron no intencionados y de naturaleza no sexual. Otros individuos pueden reconocer episodios anteriores de tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento pero rechazar cualquier interés sexual importante o persistente por este comportamiento. Desde el momento en que niegan tener deseos irrefrenables o fantasías de realizar tocamientos o fricciones, estos individuos también negarán sentir malestar o deterioro psicosocial a causa de sus impulsos. A pesar de su actitud no reconocedora, estos individuos pueden ser diagnosticados de trastorno de frotteurismo. El comportamiento frotteurístico *recurrente* constituye un argumento positivo para el frotteurismo (al cumplir el Criterio A) y simultáneamente demuestra que ese comportamiento de motivación parafílica causa daño a terceras personas (al cumplir el Criterio B).

Los tocamientos o fricciones "recurrentes" contra personas sin su consentimiento (varias víctimas, diferentes en cada ocasión) puede ser interpretado, como norma general, como la existencia de tres o más víctimas en diferentes ocasiones. Un menor número de víctimas puede también satisfacer el criterio siempre que la víctima de los tocamientos o fricciones contra su voluntad sea la misma en varias ocasiones, o si hay pruebas que confirmen un interés claro o preferente por realizar tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento. Nótese que la multiplicidad de víctimas es condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; los criterios también pueden cumplirse si el sujeto reconoce un interés sexual frotteurístico intenso con malestar o deterioro clínicamente significativo.

El marco temporal del Criterio A, por el que los indicios o síntomas de frotteurismo deben haber persistido durante al menos 6 meses, debe entenderse como una pauta general, no como un umbral estricto, con el fin de asegurar que el interés sexual por los tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento no es transitorio. De este modo, la parte temporal del Criterio A también puede cumplirse si hay evidencias claras de comportamiento recurrente o malestar durante un período de tiempo más corto y no transitorio.

Prevalencia

Los actos de frotteurismo, incluidos los tocamientos y fricciones no deseados de carácter sexual contra otros individuos, pueden suceder hasta en un 30 % de los hombres adultos en la población general.

Aproximadamente, un 10-14 % de los varones adultos visitados en ambulatorios por trastornos parafílicos e hipersexualidad tienen una presentación que cumple los criterios diagnósticos del trastorno de frotteurismo. Así, aunque la prevalencia del *trastorno* de frotteurismo en la población es desconocida, no es probable que exceda la tasa hallada en determinados contextos clínicos.

Desarrollo y curso

Los hombres adultos con trastorno de frotteurismo a menudo refieren que la primera vez que se dieron cuenta de su interés sexual por realizar tocamientos a escondidas a personas desprevenidas fue durante la adolescencia tardía o el inicio de la etapa adulta. Sin embargo, los niños y adolescentes pueden también tocar o frotarse contra personas sin su consentimiento en ausencia de un diagnóstico de trastorno de frotteurismo. Aunque no hay una edad mínima establecida para diagnosticar el trastorno de frotteurismo, éste puede ser difícil de diferenciar de los comportamientos del trastorno de conducta que no conllevan motivación sexual en los individuos de menor edad. La persistencia del frotteurismo en el tiempo no está clara. Sin embargo, el trastorno de frotteurismo requiere, por definición, uno o más factores contribuyentes que pueden variar con el tiempo con o sin tratamiento: malestar subjetivo (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad), morbilidad psiquiátrica, hipersexualidad e impulsividad sexual, deterioro psicosocial y propensión a comportarse sexualmente realizando tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento. Por lo tanto, el curso del trastorno de frotteurismo es probable que cambie con la edad. Tal y como ocurre con otras preferencias sexuales, el aumento de la edad puede asociarse a una disminución del comportamiento y las preferencias sexuales de carácter frotteurista.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamental. Aunque la relación causal con el frotteurismo es incierta y la especificidad no está clara, el comportamiento antisocial no sexual y la hipersexualidad/preocupación sexual pueden ser factores de riesgo inespecíficos. Sin embargo, el frotteurismo es condición previa necesaria del trastorno de frotteurismo, de modo que los factores de riesgo del frotteurismo deberían incrementar a su vez las tasas del trastorno de frotteurismo.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Parece haber sustancialmente menos mujeres con preferencias sexuales frotteurísticas que hombres.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de conducta y trastorno de la personalidad antisocial. El trastorno de conducta en adolescentes y el trastorno de la personalidad antisocial se caracterizarían por comportamientos añadidos antisociales y de transgresión de las normas establecidas, mientras que estaría ausente el interés sexual específico de realizar tocamientos o frotarse contra personas sin su consentimiento.

Trastorno por consumo de sustancias. Los trastornos por consumo de sustancias, particularmente aquellos en que intervienen estimulantes como la cocaína y las anfetaminas, pueden entrañar episodios frotteurísticos aislados, pero no deberían suponer el típico interés sexual por tocar o frotarse contra personas desprevenidas. De ahí que los comportamientos, deseos irrefrenables o fantasías frotteurísticas recurrentes que suceden también cuando el individuo no está intoxicado sugiera la posible presencia de un trastorno de exhibicionismo.

Comorbilidad

La comorbilidad conocida del trastorno de frotteurismo se basa en gran medida en estudios de hombres sospechosos o condenados por delitos en los que se realizaron tocamientos o fricciones contra personas sin su consentimiento y con motivaciones sexuales. Por tanto, esta comorbilidad podría no aplicarse a otros individuos con trastorno de frotteurismo cuyo diagnóstico estuviera basado en el malestar subjetivo respecto a sus inclinaciones sexuales. Las afecciones que se dan comórbidamente con el trastorno de frotteurismo son la hipersexualidad y otros trastornos parafílicos, y en especial el trastorno de exhibicionismo y el trastorno de voyeurismo. También son comórbidos el trastorno de

conducta, el trastorno de la personalidad antisocial y los trastornos depresivo, bipolar, de ansiedad y por consumo de sustancias. Por tanto, los posibles diagnósticos diferenciales del trastorno de frotteurismo también son a veces trastornos comórbidos. Normalmente es necesario evaluar los signos del trastorno de frotteurismo y de las posibles afecciones comórbidas por separado.

Trastorno de masoquismo sexual

Criterios diagnósticos 302.83 (F65.51)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con asfixiofilia: Si el individuo busca conseguir la excitación sexual por medio de la restricción de la respiración.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales masoquistas es limitada.

En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno de masoquismo sexual han sido concebidos para aplicarse a los individuos que admiten libremente tener ese tipo de interés parafílico. Estas personas reconocen abiertamente su excitación sexual intensa al ser humillados, golpeados, atados o sometidos a sufrimiento de cualquier otra forma, y el trastorno se manifiesta por sus fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos. Si esos individuos refieren también problemas psicosociales debido a sus preferencias sexuales o su inclinación a ser humillados, golpeados, atados o sometidos a sufrimiento de cualquier otra forma, entonces pueden ser diagnosticados de trastorno de masoquismo sexual. Por el contrario, si refieren no sufrir malestar, traducido por ausencia de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza en relación con esos impulsos parafílicos y éstos no suponen un obstáculo para alcanzar otras metas personales, podría afirmarse que tienen inclinaciones sexuales masoquistas, pero *no* deberían ser diagnosticados de trastorno de masoquismo sexual.

El marco temporal del Criterio A, por el que los signos o síntomas de masoquismo sexual deben haber persistido durante al menos 6 meses, debe entenderse como una pauta general, no como un umbral estricto, con el fin de asegurar que el interés sexual por ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma no es meramente transitorio. Sin embargo, el trastorno puede ser diagnosticado en el contexto de un período de tiempo más corto pero claramente continuado.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Un uso intensivo de pornografía que ilustre el acto de ser humillado, golpeado, atado o sometido a sufrimiento de cualquier otra forma es, en ocasiones, una característica asociada al trastorno de masoquismo sexual.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de masoquismo sexual en la población se desconoce. En Australia se ha estimado que el 2,2 % de los hombres y el 1,3 % de las mujeres han practicado actos de servidumbre y castigo, sadomasoquismo o dominancia y sumisión durante los últimos 12 meses.

Desarrollo y curso

Los individuos de la comunidad con parafilias han referido una edad media para el inicio del masoquismo de 19,3 años, aunque también se han comunicado edades más tempranas, como la infancia y la pubertad, para el inicio de las fantasías masoquistas. Se conoce muy poco sobre su persistencia en el tiempo. El masoquismo sexual requiere, por definición, uno o más factores contribuyentes que pueden variar con el tiempo, con o sin tratamiento. Éstos son: malestar subjetivo (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, soledad), morbilidad psiquiátrica, hipersexualidad e impulsividad sexual y deterioro psicosocial. Por lo tanto, el curso del trastorno de masoquismo sexual es probable que cambie con la edad. El aumento de la edad es probable que tenga el mismo efecto reductor sobre las preferencias sexuales que incluyen el masoquismo sexual, como sucede en otros comportamientos sexuales normofílicos o parafílicos.

Consecuencias funcionales del trastorno de masoquismo sexual

Se desconocen las consecuencias funcionales del trastorno de masoquismo sexual. Sin embargo, los masoquistas presentan riesgo de muerte accidental mientras practican la asfixiofilia u otras prácticas autoeróticas.

Diagnóstico diferencial

Muchas de las afecciones que podrían ser un diagnóstico diferencial para el trastorno de masoquismo sexual (p. ej., fetichismo travéstico, trastorno de sadismo sexual, hipersexualidad, trastorno por consumo de alcohol y de sustancias) se presentan a veces también como diagnósticos comórbidos. Por lo tanto, es necesario evaluar cuidadosamente las pruebas del trastorno de masoquismo sexual teniendo en cuenta la posibilidad de la existencia de otras parafilias u otros trastornos mentales como parte del diagnóstico diferencial. El masoquismo sexual en ausencia de malestar (sin trastorno) también se incluye como diagnóstico diferencial, ya que los individuos que eligen este modo de comportarse pueden estar satisfechos con su orientación masoquista.

Comorbilidad

La comorbilidad conocida del trastorno de masoquismo sexual se basa en gran parte en individuos en tratamiento. Los trastornos que se dan comórbidamente con el trastorno de masoquismo sexual suelen incluir típicamente otros trastornos parafílicos, como el fetichismo travéstico.

Trastorno de sadismo sexual

Criterios diagnósticos 302.84 (F65.52)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psicológico de otra persona, y que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.

B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables con una persona que no ha dado su consentimiento, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos sexuales sádicos es limitada.

En remisión total: El individuo no ha cumplido sus deseos irrefrenables con una persona sin su consentimiento, y no ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que ha estado en un entorno no controlado.

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno de sadismo sexual pueden aplicarse tanto a los individuos que admiten libremente este interés parafílico como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier tendencia sexual a someter a sufrimiento físico o psicológico a otras personas a pesar de haber pruebas objetivas de lo contrario. Los individuos que abiertamente reconocen su marcado interés sexual por someter a sufrimiento físico o psíquico a terceras personas son denominados "individuos que lo admiten". Si estos individuos refieren también problemas psicosociales debidos a sus preferencias o deseos sexuales de someter a sufrimiento físico o psicológico a otras personas, pueden ser diagnosticados de trastorno de sadismo sexual. Por el contrario, si los individuos que lo admiten refieren no sufrir malestar, ejemplificado por la ausencia de ansiedad, obsesiones, culpa o vergüenza a causa de sus impulsos parafílicos, estos impulsos no suponen un obstáculo para alcanzar otras metas personales y los antecedentes psiquiátricos, legales o confesados indican que no actúan de esa manera, entonces puede confirmarse que tienen interés sexual en el sadismo, pero *no* cumplen los criterios para ser diagnosticados de trastorno de sadismo sexual.

Entre los ejemplos de individuos que niegan cualquier interés por el sufrimiento físico o psicológico de otras personas están aquellos que se sabe que han infligido dolor o sufrimiento a varias personas en diferentes ocasiones pero que niegan cualquier deseo irrefrenable o fantasía relacionada con dicho comportamiento sexual y que pueden asegurar que dichos episodios de agresión sexual fueron no intencionados o de naturaleza no sexual. Otros individuos pueden admitir episodios precedentes de comportamiento sexual en los que se ha infligido dolor o sufrimiento a personas sin su consentimiento, pero no refieren ningún interés sexual significativo o continuado en el sufrimiento físico o psicológico de terceras personas. Desde el momento en el que niegan tener deseos irrefrenables o fantasías de excitación sexual en relación con el dolor o sufrimiento, estos individuos también negarán sentir malestar subjetivo o deterioro psicosocial por causa de sus impulsos. Estos individuos pueden ser diagnosticados de trastorno de sadismo sexual a pesar de su negativa a aceptarlo. El comportamiento recurrente constituye un argumento clínico para la presencia de la parafilia de sadismo sexual (al cumplir el Criterio A) y simultáneamente demuestra que ese comportamiento de motivación parafílica causa malestar, daño o riesgo de daño clínicamente significativo en terceras personas (al cumplir el Criterio B).

El sadismo sexual "recurrente" contra personas sin su consentimiento (varias víctimas, diferentes en cada ocasión) puede ser interpretado, como norma general, como la existencia de tres o más víctimas en diferentes ocasiones. Un menor número de víctimas puede también satisfacer el criterio si se dan varios casos de infligir dolor y sufrimiento a la misma persona o si hay pruebas que confirman un interés claro o preferente por el dolor y el sufrimiento de varias personas. Nótese que la multiplicidad de víctimas, como se ha sugerido anteriormente, es una condición suficiente pero no necesaria para el diagnóstico; los criterios también pueden cumplirse si el individuo reconoce un intenso interés sexual por el sadismo.

El marco temporal del Criterio A, que indica que los signos o síntomas de sadismo sexual deben haber persistido durante al menos 6 meses, debe entenderse como una pauta general, no como un umbral estricto, con el fin de asegurar que el interés sexual por infligir dolor y sufrimiento a personas sin su consentimiento no es meramente transitorio. Sin embargo, el diagnóstico debe realizarse si hay un período más corto, pero claramente continuado, de comportamiento sádico.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El uso frecuente de pornografía que ilustre el acto de infligir dolor o sufrimiento es, en ocasiones, una característica asociada al trastorno de masoquismo sexual.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de sadismo sexual en la población se desconoce y se basa, en gran medida, en individuos evaluados en el contexto forense. Dependiendo de los criterios del sadismo sexual, la prevalencia varía ampliamente, del 2 al 30 %. Entre los agresores sexuales condenados civilmente en Estados Unidos, menos del 10 % presenta sadismo sexual. Entre los individuos que han cometido homicidios con motivación sexual, la tasa de sadismo sexual varía del 37 al 75 %.

Desarrollo y curso

Los individuos con sadismo sexual son, en las muestras forenses, casi exclusivamente hombres. Sin embargo, una muestra representativa de la población de Australia indicó que el 2,2 % de los hombres y el 1,3 % de las mujeres afirmaban haber participado en actos de servidumbre y castigo, "sadomasoquismo" o dominancia y sumisión en el año anterior. La información sobre el curso y desarrollo del trastorno de sadismo sexual es extremadamente limitada. Un estudio comunicó que las mujeres se dan cuenta de su orientación sadomasoquista a una edad adulta temprana y otro que la edad media del inicio del sadismo en un grupo de hombres había sido de 19,4 años. Aunque el sadismo sexual *per se* es probablemente una caraterística de por vida, el trastorno de sadismo sexual puede fluctuar dependiendo del malestar subjetivo del individuo y de su propensión a dañar a personas sin su consentimiento. El aumento de la edad es probable que tenga el mismo efecto reductor sobre este trastorno que sobre el resto de comportamientos sexuales normofílicos o parafílicos.

Diagnóstico diferencial

Muchas de las afecciones que podrían incluirse en el diagnóstico diferencial del trastorno de sadismo sexual (p. ej., trastorno de personalidad antisocial, trastorno de masoquismo sexual, hipersexualidad, trastorno por consumo de sustancias) se presentan a veces también como diagnósticos comórbidos. Por tanto, es necesario evaluar cuidadosamente los signos del trastorno de sadismo sexual teniendo presente la posibilidad de otras parafilias u otros trastornos mentales como parte del diagnóstico diferencial. La mayoría de los individuos que son activos en las redes comunitarias que practican comportamientos sádicos y masoquistas no expresa ninguna insatisfacción con sus intereses sexuales, de manera que su comportamiento no cumpliría los criterios del trastorno de sadismo sexual del DSM-5. El interés por el sadismo, pero no el trastorno, puede tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial.

Comorbilidad

La comorbilidad conocida del trastorno de sadismo sexual se basa en gran medida en individuos (casi todos varones) condenados por delitos en los que se realizaron actos sádicos contra personas sin su consentimiento. Por tanto, esta comorbilidad podría no aplicarse a todos los individuos que nunca entablaron actividades de sadismo con personas sin su consentimiento pero que cumplieron los criterios diagnósticos del trastorno de sadismo sexual en base al malestar subjetivo causado por sus intereses sexuales. Entre los trastornos que suelen ser comórbidos con el trastorno de sadismo sexual se incluyen otros trastornos parafílicos.

Trastorno de pedofilia

Criterios diagnósticos 302.2 (F65.4)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (generalmente menores de 13 años).
B. El individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales.
C. El individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el niño/niños del Criterio A.
Nota: No incluir a un individuo al final de la adolescencia que mantiene una relación sexual continua con otro individuo de 12 o 13 años.

Especificar si:
Tipo exclusivo (atracción exclusiva por los niños)
Tipo no exclusivo

Especificar si:

Atracción sexual por el sexo masculino
Atracción sexual por el sexo femenino
Atracción sexual por ambos sexos

Especificar si:

Limitado al incesto

Características diagnósticas

Los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia pueden aplicarse tanto a los individuos que admiten libremente este tipo de parafilia como a aquellos otros que niegan categóricamente cualquier atracción sexual hacia los niños prepúberes (generalmente menores de 13 años) a pesar de haber considerables pruebas objetivas de lo contrario. Entre los ejemplos de admisión de esta parafilia se incluyen el reconocimiento franco de un marcado interés sexual por los niños y la confesión de que ese interés sexual por los niños es mayor o igual que el interés sexual por las personas físicamente maduras. Si los individuos también se quejan de que sus deseos o preferencias sexuales por los niños les están causando problemas psicosociales, pueden ser diagnosticados de trastorno de pedofilia. Sin embargo, si estos individuos refieren ausencia de sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad a causa de estos impulsos parafílicos, no están limitados funcionalmente por sus impulsos parafílicos (según sus propias referencias, por valoraciones objetivas o por ambas) y sus antecedentes legales, así como lo que ellos mismos refieren, indican que nunca han actuado bajo esos impulsos, entonces esos individuos tienen una orientación sexual de pedofilia, pero no un trastorno de pedofilia.

Entre los ejemplos de individuos que niegan la atracción por los niños están los que se sabe que se han acercado a varios niños con intenciones sexuales en diferentes ocasiones pero niegan cualquier deseo irrefrenable o fantasía sobre comportamientos sexuales con niños y refieren además que dichos episodios descritos de contacto físico fueron todos no intencionados y no sexuales. Otros individuos pueden reconocer episodios anteriores de comportamiento sexual que incluyan a niños, pero rechazan a su vez cualquier interés sexual importante o persistente en ese comportamiento. Desde el momento en el que los individuos niegan tener impulsos o fantasías que implican niños, pueden también negar sentir malestar subjetivo. Estos individuos todavía pueden ser diagnosticados de trastorno de pedofilia a pesar de la ausencia de malestar que puedan referir siempre que haya pruebas de comportamientos persistentes recurrentes durante 6 meses (Criterio A) y de que dichos individuos han actuado con deseos sexuales irrefrenables o tenido problemas interpersonales como consecuencia del trastorno (Criterio B).

La presencia de varias víctimas, como se apunta más arriba, es una condición suficiente, pero no necesaria, para el diagnóstico; esto es, el individuo puede todavía cumplir el Criterio A simplemente reconociendo su interés sexual preferente o marcado por los niños.

La cláusula del Criterio A en la que se indica que los signos o síntomas de pedofilia han persistido durante 6 o más meses se ha establecido con el objeto de asegurar que la atracción sexual por los niños no sea meramente transitoria. Sin embargo, el diagnóstico puede realizarse si hay signos clínicos de persistencia continuada de la atracción sexual hacia los niños, incluso si la duración de 6 meses no puede determinarse de forma precisa.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El uso frecuente de pornografía en la que aparezcan niños prepúberes es un indicador útil para el diagnóstico del trastorno de pedofilia. Es un ejemplo concreto del caso general según el cual las personas probablemente consumen la clase de pornografía que se corresponde con sus intereses sexuales.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de pedofilia en la población se desconoce. La máxima prevalencia posible del trastorno de pedofilia en la población masculina es de aproximadamente un 3-5 %. La prevalencia poblacional del trastorno de pedofilia en las mujeres es todavía más incierta, aunque probablemente es una pequeña fracción de la prevalencia observada en el hombre.

Desarrollo y curso

Los hombres adultos con trastorno de pedofilia pueden referir que se dieron cuenta de su interés sexual intenso o preferente por los niños en la época de la pubertad –la misma etapa en la que los hombres que más tarde preferirán a parejas físicamente maduras son conscientes de su interés sexual hacia los hombres o las mujeres–. Tratar de diagnosticar el trastorno de pedofilia a la edad en que se manifiesta por primera vez es problemático por la dificultad que entraña diferenciarlo durante la adolescencia del interés sexual por los iguales propio de la edad o de la curiosidad sexual. De este modo, el Criterio C requiere el diagnóstico de un mínimo de 16 años de edad y de al menos una edad de 5 años más que la del niño o los niños del Criterio A.

La pedofilia *per se* parece ser un trastorno de por vida. Sin embargo, el trastorno de pedofilia incluye necesariamente otros elementos que pueden cambiar durante el tiempo con o sin tratamiento: malestar subjetivo (p. ej., culpa, vergüenza, frustración sexual intensa, sentimientos de aislamiento) o deterioro psicosocial, o la tendencia a motivarse sexualmente con niños, o ambas. Por tanto, el curso del trastorno de pedofilia puede fluctuar, aumentar o disminuir con la edad.

Los adultos con trastorno de pedofilia pueden referir que ya eran conscientes de su interés sexual por los niños antes de que se iniciaran sus comportamientos sexuales en relación con ellos o de autoidentificarse como pedófilos. El aumento de la edad es probable que disminuya la frecuencia de los comportamientos sexuales con implicación de niños, como sucede en otros comportamientos sexuales normofílicos y parafílicos.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Parece que existe una interacción entre la pedofilia y el comportamiento antisocial, por lo que los hombres con ambos rasgos es más probable que mantengan relaciones sexuales con niños. Por consiguiente, el trastorno de la personalidad antisocial puede considerarse un factor de riesgo para el trastorno de pedofilia en los hombres con pedofilia.

Ambientales. Los hombres adultos con pedofilia a menudo afirman haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia. No está claro, sin embargo, si esta correlación refleja una influencia causal entre el abuso sexual en la infancia y la pedofilia en la edad adulta.

Genéticos y fisiológicos. Dado que la pedofilia es condición necesaria para el trastorno de pedofilia, cualquier factor que incremente la probabilidad de la pedofilia incrementa a su vez el riesgo de presentar el trastorno de pedofilia. Existen algunos indicios de que una alteración del neurodesarrollo en el útero incrementa la probabilidad de desarrollar una orientación pedófila.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Las pruebas psicofisiológicas de laboratorio que miden el interés sexual y que a veces son útiles para el diagnóstico del trastorno de pedofilia en los hombres no son necesariamente útiles para diagnosticar este trastorno en las mujeres, ni siquiera si los métodos empleados son idénticos (p. ej., el tiempo de observación) o análogos (p. ej., pletismografía de pene y fotopletismografía vaginal)

Marcadores diagnósticos

Las medidas psicofisiológicas del interés sexual pueden a veces ser útiles cuando los antecedentes de la persona sugieren la posible presencia del trastorno de pedofilia pero el individuo niega cualquier atracción intensa o preferente hacia los niños. La *pletismografía peneana* es la prueba más ampliamente investigada y que hace más tiempo que se usa para realizar dichas medidas, pese a que la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico pueden variar de un sitio a otro. El *tiempo de observación,* que emplea fotografías de personas desnudas o con poca ropa como estímulo visual, se utiliza también para diagnosticar el trastorno de pedofilia, especialmente en combinación con los datos aportados por el paciente. Sin embargo, los especialistas en salud mental de Estados Unidos deberían ser conscientes de que la posesión de esa clase de estímulos visuales, incluso a efectos diagnósticos, puede violar la ley americana sobre posesión de pornografía infantil y llevar al profesional de salud mental a ser objeto de un juicio penal.

Diagnóstico diferencial

Muchas de las afecciones que podrían ser diagnósticos diferenciales del trastorno de pedofilia también se presentan en ocasiones como trastornos comórbidos. Así pues, por lo general es necesario evaluar los signos del trastorno de pedofilia y de otras posibles afecciones por separado.

Trastorno de la personalidad antisocial. Este trastorno incrementa la probabilidad de que una persona en principio atraída por el físico maduro se acerque a los niños en una o varias ocasiones aprovechando una relativa disponibilidad. El individuo a menudo muestra otros signos de este trastorno de personalidad, como transgresiones recurrentes de la legalidad.

Trastornos por consumo de alcohol y de sustancias. Los efectos desinhibidores de la intoxicación pueden también incrementar la probabilidad de que una persona a la que atraiga el físico maduro se acerque sexualmente a un niño.

Trastorno obsesivo-compulsivo. En ocasiones hay individuos que se quejan de pensamientos egodistónicos y preocupación por una posible atracción hacia los niños. Las entrevistas clínicas generalmente revelan una ausencia de pensamientos sexuales relacionados con niños durante los estados más elevados de la excitación sexual (p. ej., cuando se acercan al orgasmo durante la masturbación) y a veces se añaden ideas sexuales egodistónicas intrusivas (p. ej., preocupaciones sobre la homosexualidad).

Comorbilidad

La comorbilidad psiquiátrica del trastorno de pedofilia incluye los trastornos por consumo de sustancias, los trastornos depresivo, bipolar y de ansiedad, los trastornos de personalidad antisocial y otros trastornos parafílicos. Sin embargo, los hallazgos relativos a los trastornos comórbidos se basan en gran medida en individuos condenados por agresiones sexuales a niños (casi todos hombres) y no deben ser generalizables a otros individuos con trastorno de pedofilia (p. ej., los individuos que nunca se han acercado sexualmente a niños pero que cumplen los criterios diagnósticos del trastorno de pedofilia sobre la base del malestar subjetivo).

Trastorno de fetichismo

Criterios diagnósticos 302.81 (F65.0)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del empleo de objetos inanimados o un gran interés específico por parte(s) del cuerpo no genitales, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. Los objetos fetiche no se limitan a prendas de vestir utilizadas para travestirse (como en el trastorno de travestismo) o a artilugios diseñados específicamente para la estimulación táctil de los genitales (p. ej., vibrador).

Especificar:

Parte(s) del cuerpo
Objeto(s) inanimado(s)
Otro

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de dedicarse a comportamientos fetichistas es limitada.

En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

Especificadores

Aunque los individuos con trastorno de fetichismo pueden referir una excitación sexual intensa y recurrente por objetos inanimados o partes específicas del cuerpo, no es raro que haya combinaciones de fetiches que no son mutuamente excluyentes. De este modo, un individuo puede tener un trastorno de fetichismo asociado a un objeto inanimado (p. ej., ropa interior femenina), o un interés exclusivo en una parte del cuerpo intensamente erotizada (p. ej., los pies, el cabello), o sus intereses fetichistas pueden cumplir los criterios de varias combinaciones de esos especificadores (p. ej., calcetines, zapatos y pies).

Características diagnósticas

El interés parafílico del trastorno de fetichismo implica un uso repetitivo y persistente o la dependencia de objetos inanimados, o un gran interés específico por ciertas partes del cuerpo (típicamente no genitales) como elementos primarios asociados a la excitación sexual (Criterio A). El diagnóstico del trastorno de fetichismo debe incluir malestar personal clínicamente significativo o deterioro de los roles psicosociales (Criterio B). Objetos fetiches frecuentes son: ropa interior femenina, zapatos de hombre o de mujer, artículos de goma, ropa de cuero y otros tipos de prendas de vestir. Entre las partes del cuerpo más erotizadas que se asocian al trastorno de fetichismo se incluyen los pies, los dedos del pie y el cabello. No es inusual que en los fetiches sexualizados se incluyan ambas clases, objetos inanimados y partes del cuerpo (p. ej., calcetines sucios y pies). La definición del trastorno de fetichismo ahora reincorpora el término *parcialismo* (el interés específico en una parte concreta del cuerpo) en su definición. El parcialismo, previamente considerado un trastorno parafílico no especificado, se había subsumido históricamente en el fetichismo antes del DSM-III.

Muchas personas que se identifican a sí mismas como practicantes de fetichismo no necesariamente refieren un deterioro clínico asociado a su comportamiento fetichista. Se podría considerar que esos individuos tienen un fetiche, pero no un trastorno de fetichismo. El diagnóstico del trastorno de fetichismo requiere cumplir de forma concurrente tanto los comportamientos del Criterio A, como el malestar clínicamente significativo o el deterioro del funcionamiento del Criterio B.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno de fetichismo puede ser una experiencia multisensorial que incluya agarrar, degustar, frotar, introducir u oler el objeto fetiche mientras se lleva a cabo una masturbación, o preferir que el compañero sexual vista o utilice un objeto fetiche durante los encuentros sexuales. Algunos individuos pueden llegar a reunir una gran colección de objetos fetiche muy deseados.

Desarrollo y curso

Las parafilias normalmente se inician durante la pubertad, pero los fetiches pueden desarrollarse antes de la adolescencia. Una vez establecido, el trastorno de fetichismo tiende a tener un curso continuado que fluctúa en cuanto a la frecuencia e intensidad de los comportamientos o deseos irrefrenables.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El conocer las características apropiadas de los aspectos normativos del comportamiento sexual es un factor importante a explorar para establecer un diagnóstico clínico de trastorno de fetichismo y para distinguir un diagnóstico clínico de un comportamiento sexual aceptable socialmente.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

No se ha comunicado de forma sistemática que el trastorno de fetichismo se presente en mujeres. En las muestras clínicas, el trastorno de fetichismo se ha descrito casi exclusivamente en hombres.

Consecuencias funcionales del trastorno de fetichismo

El deterioro típico asociado al trastorno de fetichismo incluye la disfunción sexual en una relación de pareja romántica, cuando el objeto fetiche preferido o las partes del cuerpo más deseadas son inacce-

sibles durante la estimulación previa al coito o durante éste. Algunos individuos con trastorno de fetichismo pueden preferir la actividad sexual en solitario asociada a sus preferencias fetichistas, incluso aunque mantengan una relación de pareja significativa y afectuosa.

A pesar de que el trastorno de fetichismo es relativamente poco común entre los agresores sexuales detenidos con parafilias, los hombres con trastorno de fetichismo pueden robar y coleccionar sus propios objetos particulares de deseo. Estos individuos han sido arrestados y acusados de comportamientos antisociales no sexuales (p. ej., allanamiento de morada, robo, asalto) que son motivados primariamente por su trastorno de fetichismo.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de travestismo. El diagnóstico más próximo al trastorno de fetichismo es el trastorno de travestismo. Tal y como establecen los criterios diagnósticos, el trastorno de fetichismo no se diagnostica cuando los objetos fetiche se limitan a artículos de ropa que se llevan exclusivamente durante el acto de travestirse (como en el trastorno de travestismo) o cuando el objeto estimula genitalmente porque ha sido diseñado con ese propósito (p. ej., un vibrador).

Trastorno de masoquismo sexual u otros trastornos parafílicos. Los fetiches pueden concurrir con otros trastornos parafílicos, especialmente el sadomasoquismo y el trastorno de travestismo. Cuando un individuo fantasea con el hecho de "travestirse de forma forzada" o lo lleva a cabo, y se excita sexualmente sobre todo por la dominación o humillación asociada a dicha fantasía o actividad repetitiva, se debería realizar el diagnóstico de trastorno de masoquismo sexual.

Comportamiento fetichista sin trastorno de fetichismo. El uso de un objeto fetiche para excitarse sexualmente sin malestar, deterioro psicosocial o cualquier otra consecuencia adversa no cumpliría los criterios del trastorno de fetichismo, al no llegar al umbral requerido por el Criterio B. Por ejemplo, un individuo cuya pareja sexual comparte o puede incorporar satisfactoriamente su interés en acariciar, oler o lamer pies o dedos de los pies como elemento importante de los preliminares sexuales no se diagnosticaría de trastorno de fetichismo; tampoco el individuo que prefiera, y no sufra molestias ni deterioro alguno por ello, prácticas sexuales solitarias asociadas a llevar prendas de goma o botas de cuero.

Comorbilidad

El trastorno de fetichismo puede concurrir con otros trastornos parafílicos, así como con la hipersexualidad. Rara vez, el trastorno de fetichismo puede asociarse a afecciones neurológicas.

Trastorno de travestismo

Criterios diagnósticos 302.3 (F65.1)

A. Durante un período de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada del hecho de travestirse, que se manifiesta por fantasías, deseos irrefrenables o comportamientos.
B. Las fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar si:

Con fetichismo: Si la excitación sexual se produce con tejidos, materiales o prendas de vestir.
Con autoginofilia: Si la excitación sexual se produce con pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer.

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador se aplica sobre todo a individuos que viven en una institución o en otros ámbitos en los que la oportunidad de travestirse es limitada.
En remisión total: No ha existido malestar ni problemas sociales, laborales o en otros campos del funcionamiento durante al menos cinco años en los que el individuo ha estado en un entorno no controlado.

Especificadores

La presencia de fetichismo disminuye la probabilidad de la disforia de género en los hombres con trastorno de travestismo. La presencia de autoginofilia incrementa la probabilidad de la disforia de género en los hombres con trastorno de travestismo.

Características diagnósticas

El diagnóstico del trastorno de travestismo no se aplica a todos los individuos que se visten del sexo opuesto, ni siquiera a aquellos que lo hacen habitualmente. Se aplica a los individuos cuyo travestismo o pensamiento de travestirse se acompaña a menudo o siempre de excitación sexual (Criterio A) y que sufren malestar emocional o deterioro social o interpersonal a causa de dicho patrón (Criterio B). En el acto de travestirse se pueden utilizar tan sólo una o dos prendas de vestir (p. ej., en los hombres, puede atañer tan sólo a la ropa interior femenina), o puede implicar vestirse completamente con los atuendos externos y la ropa interior del sexo opuesto; también (en los hombres) puede incluir el uso de pelucas de mujer y maquillaje. El trastorno de travestismo es un fenómeno comunicado casi exclusivamente en hombres. La excitación sexual, en su forma más obvia de erección del pene, puede concurrir con el travestismo de varias maneras. En los hombres jóvenes, el travestismo a menudo lleva a la masturbación, después de la cual se retiran todos los atuendos de mujer. Los hombres más mayores, en cambio, a menudo aprenden a evitar la masturbación o hacer alguna cosa para estimular el pene de manera que se evite la eyaculación y ello les permita prolongar su sesión de travestismo. Los hombres con parejas de sexo femenino a menudo completan la sesión de travestismo manteniendo relaciones sexuales con su pareja. Algunos de ellos presentan dificultades para mantener una erección suficiente en el coito sin travestirse (o de fantasear privadamente con travestirse).

La valoración clínica del malestar o el deterioro, como la evaluación clínica de la excitación del travestismo sexual, suele depender de lo que el mismo individuo refiere. El patrón de conducta "adquirir y descartar" a menudo implica la presencia de malestar en los individuos con trastorno de travestismo. En ese patrón de conducta, un individuo (generalmente un hombre) que ha gastado una gran suma de dinero en ropa de mujer y en otros tipos de vestimenta (p. ej., zapatos, pelucas) desecha esos artículos (se deshace de ellos) para intentar superar el deseo irrefrenable de travestirse, pero acto seguido empieza a adquirir nuevamente vestimenta de mujer.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno de travestismo en hombres se acompaña a menudo de *autoginofilia* (la tendencia parafílica en los hombres a sentirse sexualmente excitados por pensamientos o imágenes de uno mismo como mujer). Las fantasías y comportamientos autoginofílicos pueden centrarse en la idea de tener funciones fisiológicas femeninas (p. ej., lactancia, menstruación), de realizar acciones de mujer estereotipadas (p. ej., hacer punto) o de poseer anatomía femenina (p. ej., pechos).

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de travestismo es desconocida. El trastorno de travestismo es raro en los hombres y extremadamente raro en las mujeres. Menos del 3 % de los hombres refiere haberse excitado sexualmente al haber vestido atuendos de mujer. El porcentaje de individuos que se han travestido con excitación sexual más de una vez o unas pocas veces en su vida sería incluso menor. La mayoría de los hombres con trastorno de travestismo se identifica como heterosexuales, aunque algunos de ellos mantienen relaciones sexuales esporádicas con otros hombres, especialmente cuando están travestidos.

Desarrollo y curso

En los hombres, los primeros síntomas del trastorno de travestismo pueden empezar en la infancia en forma de fuerte fascinación por algún atuendo femenino en particular. Antes de la pubertad, travestirse produce un sentimiento generalizado de excitación placentera. Con la llegada de la pubertad, el vestirse de mujer empieza a provocar erecciones del pene y, en algunos casos, lleva directamente a

la primera eyaculación. En muchos casos, el acto de travestirse conlleva menos excitación sexual con la edad; finalmente, puede que no produzca erección alguna discernible. El deseo de travestirse, al mismo tiempo, permanece o incluso se hace más intenso. Los individuos que describen dicha disminución en la respuesta sexual explican típicamente que su excitación sexual al travestirse se ha visto sustituida por una sensación de confort o bienestar.

En algunos casos, el curso del trastorno de travestismo es continuo y en otros es episódico. No es extraño que los hombres con trastorno de travestismo pierdan el interés por travestirse cuando se enamoran por primera vez de una mujer y empiezan una relación, aunque esa disminución normalmente es temporal. Cuando el deseo de travestirse regresa, también lo hace el malestar asociado.

Algunos casos de trastorno de travestismo progresan hacia la disforia de género. Los hombres, en estos casos, que pueden ser indistinguibles de otros con trastorno de travestismo en la adolescencia o en la infancia temprana, gradualmente desarrollan deseos de mantener el rol femenino durante períodos más largos y de feminizar su anatomía. El desarrollo de la disforia de género se acompaña habitualmente de lo que el individuo refiere como una reducción o eliminación de la excitación sexual asociada al travestirse.

La manifestación del travestismo en la erección y estimulación del pene, como la manifestación de otros intereses sexuales normofílicos y parafílicos, es más intensa en la adolescencia y en las primeras etapas de la edad adulta. La gravedad del trastorno de travestismo es mayor en la edad adulta, cuando los impulsos travésticos pueden causar con más probabilidad conflictos de rendimiento en las relaciones sexuales heterosexuales y en los deseos de casarse y fundar una familia. Los hombres mayores y de mediana edad con antecedentes de travestismo presentan con menor probabilidad el trastorno de travestismo que la disforia de género.

Consecuencias funcionales del trastorno de travestismo

Los comportamientos de travestismo pueden interferir o desvirtuar las relaciones heterosexuales. Esto puede ser fuente de malestar en los hombres que desean mantener matrimonios convencionales o relaciones de pareja con mujeres.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de fetichismo. Este trastorno puede parecerse al trastorno de travestismo, en particular en los hombres con fetichismo que se ponen ropa interior femenina mientras se masturban con ella. La distinción del trastorno de travestismo depende de los pensamientos específicos del individuo durante dicha actividad (p. ej., ¿hay ideas de ser mujer, parecerse a una mujer o vestirse de mujer?) y de la presencia de otros fetiches (p. ej., prendas suaves de seda, si se utilizan como vestimenta o se les da cualquier otro uso).

Disforia de género. Los individuos con trastorno de travestismo no refieren contradicciones entre el género que experimentan y el género asignado, ni deseos de pertenecer al otro género, y no suelen tener antecedentes de comportamientos de travestismo en la infancia, que sí estarían presentes en los individuos con disforia de género. Las personas que cumplen todos los criterios tanto del trastorno de travestismo como de la disforia de género deberían recibir ambos diagnósticos.

Comorbilidad

El travestismo (y, por tanto, el trastorno de travestismo) a menudo se asocia a otras parafilias. Las parafilias más frecuentemente concurrentes son el fetichismo y el masoquismo. Una práctica particularmente peligrosa del masoquismo, la asfixia autoerótica, se asocia al travestismo en una proporción sustancial de casos mortales.

Otro trastorno parafílico especificado

302.89 (F65.89)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos parafílicos. La categoría de otro trastorno parafílico especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno parafílico específico. Esto se hace registrando "otro trastorno parafílico especificado" seguido del motivo específico (p. ej., "zoofilia").

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación "otro especificado" son, entre otros, la excitación sexual intensa y recurrente que implica la *escatología telefónica* (llamadas telefónicas obscenas), la *necrofilia* (cadáveres), la *zoofilia* (animales), la *coprofilia* (heces), la *clismafilia* (enemas) o la *urofilia* (orina), que han estado presentes al menos durante seis meses y que causan malestar importante o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Otros especificadores que se pueden aplicar a otro trastorno parafílico especificado son en remisión y/o en un entorno controlado.

Trastorno parafílico no especificado

302.9 (F65.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno parafílico que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos parafílicos. La categoría del trastorno parafílico no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno parafílico específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

<= Ir al Índice

Otros trastornos mentales

Este capítulo incluye cuatro trastornos: otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica, trastorno mental no especificado debido a otra afección médica, otro trastorno mental especificado y trastorno mental no especificado. Esta categoría residual se aplica a aquellas presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental, que producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental específico del DSM-5. Para otro trastorno mental especificado o no especificado debido a otra afección médica debe establecerse que la alteración la causan los efectos fisiológicos de otra afección médica. Si otros trastornos mentales especificados o no especificados son debidos a otra afección médica, es necesario codificar e indicar primero la afección médica (p. ej., 042 [B20] infección por VIH), seguida del otro trastorno mental especificado o no especificado (utilizar el código correspondiente).

Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica

294.8 (F06.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental debido a otra afección médica que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental específico atribuible a otra afección médica. La categoría de otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno mental específico atribuible a otra afección médica. Esto se hace registrando el nombre del trastorno junto con la inserción de la afección médica específica causante en el lugar de "otra afección médica," seguido de la manifestación sintomática específica que no cumple los criterios para ningún trastorno mental específico debido a otra afección médica. Además, el código diagnóstico para la afección médica específica se hará constar inmediatamente antes del código para el otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica. Por ejemplo, los síntomas disociativos debidos a la epilepsia parcial compleja se codificarán y registrarán como 345.40 (G40.209) epilepsia parcial compleja, 294.8 (F06.8) otro trastorno mental especificado debido a epilepsia parcial compleja, síntomas disociativos.

Un ejemplo de presentación que se puede especificar utilizando la designación "otro especificado" es el siguiente:

Con síntomas disociativos: Incluye síntomas que se producen, por ejemplo, en el contexto de la epilepsia parcial compleja.

<= Ir a la Clasificación

Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica

294.9 (F09)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental debido a otra afección médica que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental específico atribuible a otra afección médica. La categoría del trastorno mental no especificado debido a otra afección médica se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno mental específico debido a otra afección médica, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias). Esto se hace registrando el nombre del trastorno, junto con la inserción de la afección médica específica causante en el lugar de "otra afección médica." Además, el código diagnóstico para la afección médica específica se hará constar inmediatamente antes del código para el trastorno mental no especificado debido a otra afección médica. Por ejemplo, los síntomas disociativos debidos a la epilepsia parcial compleja se codificarán y registrarán como 345.40 (G40.209) epilepsia parcial compleja, 294.9 (F06.9) trastorno mental no especificado debido a epilepsia parcial compleja.

Otro trastorno mental especificado

300.9 (F99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental específico. La categoría de otro trastorno mental especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno mental específico. Esto se hace registrando "otro trastorno mental especificado" seguido del motivo específico.

Trastorno mental no especificado

300.9 (F99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno mental que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno mental. La categoría del trastorno mental no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno mental específico, e incluye presentaciones en las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

<= Ir al Índice

Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos

Los trastornos motores inducidos por medicamentos se incluyen en la Sección II debido a su frecuente importancia en: 1) el tratamiento con medicamentos de los trastornos mentales u otras afecciones médicas, y 2) el diagnóstico diferencial de los trastornos mentales (p. ej., trastorno de ansiedad y acatisia inducida por neurolépticos; catatonía maligna y síndrome neuroléptico maligno). Aunque estos trastornos motores se califican como "inducidos por medicamentos," con frecuencia es difícil establecer la relación causal entre la exposición a los medicamentos y la aparición del trastorno motor, sobre todo porque algunos de estos trastornos motores también se producen en ausencia de exposición a los medicamentos. Las afecciones y problemas enumerados en este capítulo no son trastornos mentales.

El término *neuroléptico* se está convirtiendo en obsoleto porque acentúa la tendencia de los antipsicóticos a causar movimientos anómalos, y en muchos contextos se está sustituyendo por el término *antipsicótico*. Aun así, el término *neuroléptico* sigue siendo apropiado en este contexto. Aunque es menos probable que los antipsicóticos más recientes puedan causar algunos trastornos motores inducidos por medicamentos, estos trastornos siguen presentándose. Los neurolépticos incluyen fármacos antipsicóticos denominados convencionales, "típicos" o de primera generación (p. ej., clorpromazina, haloperidol, flufenazina), fármacos antipsicóticos "atípicos" o de segunda generación (p. ej., clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina), algunos bloqueantes de los receptores dopaminérgicos utilizados en el tratamiento de síntomas como las náuseas y la gastroparesia (p. ej., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, tietilperazina, metoclopramida), y la amoxapina, que se comercializa como antidepresivo.

Parkinsonismo inducido por neurolépticos
Parkinsonismo inducido por otros medicamentos

332.1 (G21.11) Parkinsonismo inducido por neurolépticos
332.1 (G21.19) Parkinsonismo inducido por otros medicamentos
A las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un medicamento (p. ej., un neuroléptico) o después de reducir la dosis de un medicamento utilizado para tratar síntomas extrapiramidales, aparece temblor parkinsoniano, rigidez muscular, acinesia (es decir, pérdida de movimiento o dificultad para iniciar el movimiento) o bradicinesia (es decir, lentitud de movimiento).

Síndrome neuroléptico maligno

333.92 (G21.0) Síndrome neuroléptico maligno
Aunque el síndrome neuroléptico maligno se reconoce fácilmente en su forma clásica completa, con frecuencia tiene un inicio, una presentación, una progresión y un desenlace heterogéneos. Las características clínicas descritas a continuación son las que se consideran más importantes para hacer el diagnóstico del síndrome neuroléptico maligno basándose en las recomendaciones consensuadas.

<= Ir a la Clasificación

Características diagnósticas

Generalmente, los pacientes han estado expuestos a un antagonista de la dopamina durante las 72 horas anteriores a la aparición de los síntomas. La hipertermia (> 38,0 °C al menos en dos ocasiones, medida en la boca), asociada a sudoración intensa, es un rasgo distintivo del síndrome neuroléptico maligno que lo distingue de los otros efectos secundarios neurológicos de los antipsicóticos. Las elevaciones extremas de la temperatura, que reflejan un fallo de la termorregulación central, tienden a respaldar el diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno. La rigidez generalizada, descrita como rigidez cérea ("tubo de plomo") en su forma más grave y que no suele responder a los antiparkinsonianos, es una característica esencial del trastorno y se puede asociar a otros síntomas neurológicos (p. ej., temblor, sialorrea, acinesia, distonía, trismo, mioclonía, disartria, disfagia, rabdomiólisis). Generalmente se observa una elevación de la creatina-cinasa de al menos cuatro veces el límite superior de normalidad. Los cambios del estado mental, que se caracterizan por la presencia de delirium o alteración de la consciencia desde el estupor al coma, a menudo son un signo inicial. Los individuos afectados pueden parecer alerta pero están ofuscados y no responden, lo que concuerda con el estupor catatónico. La activación e inestabilidad autónoma –que se manifiesta por la presencia de taquicardia (velocidad > 25 % por encima del valor basal), sudoración, aumento de la presión arterial (sistólica o diastólica ≥ 25 % por encima del valor basal) o fluctuación (cambio diastólico ≥ 20 mmHg o cambio sistólico ≥ 25 mmHg en 24 horas), incontinencia urinaria y palidez– se puede observar en cualquier momento, pero constituye una pista precoz para el diagnóstico. La taquipnea (frecuencia > 50 % por encima del valor basal) es común y puede existir dificultad respiratoria –debida a acidosis metabólica, hipermetabolismo, restricción de la pared torácica, neumonía por aspiración o embolia pulmonar– que dé lugar a un paro respiratorio súbito.

Es esencial realizar pruebas diagnósticas, incluido un estudio de laboratorio, para descartar otras causas infecciosas, tóxicas, metabólicas o neuropsiquiátricas, o la presencia de complicaciones (véase el apartado Diagnóstico diferencial más abajo). Aunque hay diversas anomalías en los resultados de los análisis que se asocian al síndrome neuroléptico maligno, ninguna de ellas es específica para el diagnóstico. Los pacientes con síndrome neuroléptico maligno pueden tener leucocitosis, acidosis metabólica, hipoxia, disminución de la concentración sérica de hierro y elevación de las enzimas musculares y las catecolaminas en suero. El análisis del líquido cefalorraquídeo y los estudios de neuroimagen suelen ser normales, mientras que el electroencefalograma muestra una lentificación generalizada. En los casos mortales, los resultados de la autopsia son inespecíficos y variables, en función de las complicaciones.

Desarrollo y curso

Los indicios obtenidos de los estudios de bases de datos sugieren que la incidencia del síndrome neuroléptico maligno es del 0,01-0,02 % de los individuos tratados con antipsicóticos. La progresión temporal de los signos y síntomas proporciona pistas importantes para el diagnóstico y el pronóstico del síndrome neuroléptico maligno. La alteración del estado mental y otros signos neurológicos preceden típicamente a los signos sistémicos. La aparición de los síntomas varía desde unas horas hasta días después del inicio del fármaco. Algunos casos se desarrollan en el plazo de 24 horas después del inicio del fármaco, la mayoría lo hace en la primera semana y prácticamente todos aparecen en el plazo de 30 días. Una vez que el síndrome se ha diagnosticado y que se han suspendido los antipsicóticos orales, el síndrome neuroléptico maligno remite espontáneamente en la mayoría de los casos. El tiempo medio de recuperación después de la suspensión del fármaco es de 7-10 días, la mayoría de los pacientes se recupera en el plazo de una semana y prácticamente todos lo hacen en un plazo de 30 días. La duración puede alargarse cuando intervienen antipsicóticos de acción prolongada. Se han comunicado casos en los que persisten algunos signos neurológicos residuales durante semanas después de que se hayan resuelto los síntomas hipermetabólicos agudos. En la mayoría de los casos de síndrome neuroléptico maligno se logra la resolución total de los síntomas, si bien se han descrito tasas de mortalidad del 10-20 % cuando el trastorno no se reconoce. Aunque en muchos individuos no hay recurrencia del síndrome neuroléptico maligno cuando se les vuelve a administrar un antipsicótico, en algunos casos sí sucede, en especial cuando los antipsicóticos se reinstauran poco después de un episodio.

Factores de riesgo y pronóstico

El síndrome neuroléptico maligno es un riesgo potencial en cualquier individuo al que se le administra un antipsicótico. No es específico de ningún diagnóstico neuropsiquiátrico y puede darse en individuos sin un trastorno mental diagnosticable que reciban antagonistas de la dopamina. Entre los factores clínicos, sistémicos y metabólicos asociados a un mayor riesgo de síndrome neuroléptico maligno cabe mencionar la agitación, el agotamiento, la deshidratación y la deficiencia de hierro. En el 15-20 % de los casos iniciales se ha descrito un episodio previo asociado a la administración de antipsicóticos, lo que sugiere una vulnerabilidad subyacente en algunos pacientes; sin embargo, los hallazgos genéticos basados en los polimorfismos de los receptores de los neurotransmisores no se han reproducido de forma congruente.

Casi todos los antagonistas de la dopamina se han relacionado con el síndrome neuroléptico maligno, aunque los antipsicóticos de alta potencia plantean mayor riesgo que los antipsicóticos de baja potencia y los atípicos más recientes. Algunas formas parciales o más leves se pueden asociar a los antipsicóticos más recientes, pero la gravedad del síndrome neuroléptico maligno varía incluso con los fármacos más antiguos. También se han implicado los antagonistas de la dopamina utilizados en ámbitos médicos (p. ej., metoclopramida, proclorperazina). La vía de administración parenteral, el rápido ajuste de la dosis y las dosis totales más altas del fármaco se han asociado a un riesgo más elevado; sin embargo, el síndrome neuroléptico maligno suele presentarse en el intervalo de administración terapéutica de los antipsicóticos.

Diagnóstico diferencial

El síndrome neuroléptico maligno debe diferenciarse de otras afecciones neurológicas o médicas graves, como infecciones del sistema nervioso central, afecciones inflamatorias o autoinmunitarias, el estado epiléptico, lesiones estructurales subcorticales y afecciones sistémicas (p. ej., feocromocitoma, tirotoxicosis, tétanos, golpe de calor).

El síndrome neuroléptico maligno también debe diferenciarse de los síndromes similares debidos al uso de otras sustancias o medicamentos, como el síndrome serotoninérgico, el síndrome de hipertermia parkinsoniana después de la suspensión brusca de los agonistas de la dopamina, la abstinencia del alcohol o de sedantes, la hipertermia maligna que se produce durante la anestesia, la hipertermia asociada al abuso de estimulantes y alucinógenos, y la intoxicación atropínica de los anticolinérgicos.

En raras ocasiones, los pacientes con esquizofrenia o con un trastorno del estado de ánimo pueden presentar catatonía maligna, que puede ser indiferenciable del síndrome neuroléptico maligno. Algunos investigadores consideran que el síndrome neuroléptico maligno es una forma de catatonía maligna inducida por fármacos.

Distonía aguda inducida por medicamentos

333.72 (G24.02) Distonía aguda inducida por medicamentos

Contracción anómala y prolongada de los músculos de los ojos (crisis oculógira), la cabeza, el cuello (tortícolis o retrocolis), las extremidades o el tronco que se desarrolla a los pocos días de iniciar o aumentar la dosis de un medicamento (como un neuroléptico) o después de reducir la dosis de un medicamento utilizado para tratar síntomas extrapiramidales.

Acatisia aguda inducida por medicamentos

333.99 (G25.71) Acatisia aguda inducida por medicamentos

Síntomas de inquietud, con frecuencia acompañada de movimientos excesivos constatables (p. ej., movimientos nerviosos de la piernas, balanceo de un pie a otro, deambulación, incapacidad de estar sentado o de estarse quieto), que se desarrolla a las pocas semanas del inicio o aumento de la dosis de un medicamento (como un neuroléptico) o después de reducir la dosis de un medicamento utilizado para tratar síntomas extrapiramidales.

Discinesia tardía

333.85 (G24.01) Discinesia tardía

Movimientos atetoides o coreiformes involuntarios (que duran al menos unas semanas) generalmente de la lengua, la parte inferior de la cara y la mandíbula, y las extremidades (aunque en ocasiones afecta a los músculos de la faringe, el diafragma o el tronco) debidos al uso de un neuroléptico durante al menos unos meses.

En personas de edad avanzada, los síntomas pueden aparecer después de un período más corto de medicación. En algunos pacientes, pueden aparecer movimientos de este tipo tras la suspensión, o después del cambio o la reducción de la dosis de neurolépticos, en cuyo caso la afección se denomina *discinesia que aparece con la retirada de los neurolépticos*. Como esta discinesia suele ser limitada en el tiempo y dura menos de 4-8 semanas, la discinesia que persiste durante más tiempo se considera discinesia tardía.

Distonía tardía
Acatisia tardía

333.72 (G24.09) Distonía tardía
333.99 (G25.71) Acatisia tardía

Síndrome tardío que implica otro tipo de problemas motores, como la distonía o la acatisia, que se pueden diferenciar por su aparición tardía durante el tratamiento y su posible persistencia durante meses o años, incluso con la suspensión o disminución de la dosis de neurolépticos.

Temblor postural inducido por medicamentos

333.1 (G25.1) Temblor postural inducido por medicamentos

Temblor fino (generalmente en el intervalo de 8-12 Hz) que se produce cuando se intenta mantener una postura y que se desarrolla debido al uso de un medicamento (p. ej., litio, antidepresivos, valproato). Este temblor es muy parecido al que se observa con la ansiedad, la cafeína y otros estimulantes.

Otro trastorno motor inducido por medicamentos

333.99 (G25.79) Otro trastorno motor inducido por medicamentos

Esta categoría se aplica a los trastornos motores inducidos por medicamentos que no corresponden a ninguno de los trastornos específicos enumerados antes. Algunos ejemplos son: 1) presentaciones que se parecen al síndrome neuroléptico maligno asociadas a medicamentos que no son neurolépticos, y 2) otras afecciones tardías inducidas por medicamentos.

Síndrome de suspensión de antidepresivos

995.29 (T43.205A) Hallazgo inicial
995.29 (T43.205D) Hallazgo ulterior
995.29 (T43.205S) Secuelas

El síndrome de suspensión de antidepresivos es un conjunto de síntomas que puede aparecer después del cese brusco (o reducción importante de la dosis) de un antidepresivo que se ha estado tomando de forma continuada durante un mínimo de un mes. En general, los síntomas comienzan en 2-4 días e incluyen típicamente manifestaciones sensitivas, somáticas y cognitivo-emocionales espe-

cíficas. Con frecuencia los síntomas sensitivos y somáticos referidos incluyen destellos de luz, sensaciones de "shock eléctrico", náuseas e hipersensiblidad a los ruidos o luces. También se puede referir ansiedad inespecífica y sentimientos de temor. Los síntomas mejoran al restaurar el mismo medicamento o al iniciar la administración de un medicamento distinto que tenga un mecanismo de acción similar (p. ej., los síntomas de suspensión después de la retirada de un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina pueden mejorar si se administra un antidepresivo tricíclico). Para que pueda denominarse síndrome de suspensión de antidepresivos no tiene que haber habido síntomas antes de la reducción de la dosis del antidepresivo y estos síntomas no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental (p. ej., episodio maníaco o hipomaníaco, intoxicación por sustancias, abstinencia de sustancias, trastorno de síntomas somáticos).

Características diagnósticas

Los síntomas de suspensión pueden aparecer después del tratamiento con antidepresivos tricíclicos (p. ej., imipramina, amitriptilina, desipramina), inhibidores de la recaptación de serotonina (p. ej., fluoxetina, paroxetina, sertralina) e inhibidores de la monoaminooxidasa (p. ej., fenelzina, selegilina, pargilina). La incidencia de este síndrome depende de la dosis y de la vida media del medicamento que se está tomando, así como de la velocidad de disminución progresiva del medicamento. Los medicamentos de acción inmediata que se interrumpen bruscamente en lugar de reducirse gradualmente pueden plantear el máximo riesgo. El inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) de acción inmediata paroxetina es el compuesto que más suele asociarse a los síntomas de suspensión, si bien estos síntomas se producen con todos los tipos de antidepresivos.

A diferencia de los síndromes de abstinencia por opiáceos, alcohol y otras drogas, el síndrome de suspensión de antidepresivos no presenta síntomas patognomónicos. Por el contrario, los síntomas tienden a ser vagos y variables, y comienzan típicamente 2-4 días después de la última dosis de antidepresivo. Con los ISRS (p. ej., paroxetina) se describen síntomas como mareo, zumbidos de oídos, "descargas eléctricas en la cabeza", incapacidad de dormir y ansiedad aguda. El antidepresivo utilizado antes de la suspensión debe haber producido hipomanía o euforia (es decir, se debe tener la certeza de que el síndrome de suspensión no se debe a las fluctuaciones del estado de ánimo asociadas al tratamiento anterior). El síndrome de suspensión de antidepresivos se basa únicamente en factores farmacológicos y no está relacionado con los efectos de consolidación de los antidepresivos. Además, en el caso del aumento de la capacidad estimulante de un antidepresivo, el cese brusco puede dar lugar a síntomas propios de la retirada de estimulantes (véase Abstinencia de estimulantes en el capítulo Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos) más que al síndrome de suspensión de antidepresivos aquí descrito.

Prevalencia

La prevalencia del síndrome de suspensión de antidepresivos se desconoce, pero se cree que varía en función de la dosis anterior a la suspensión, la vida media, la afinidad de unión del medicamento con el receptor y, posiblemente, de la velocidad del metabolismo del individuo, que depende de la genética, para este medicamento.

Curso y desarrollo

Como no existen estudios longitudinales, no se sabe mucho sobre el curso clínico del síndrome de suspensión de antidepresivos. Al parecer, los síntomas disminuyen con el tiempo, con reducciones muy graduales de la dosis. Después de un episodio, algunos individuos pueden preferir continuar indefinidamente con el medicamento si es tolerado.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del síndrome de suspensión de antidepresivos incluye ansiedad y trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias y tolerancia a los medicamentos.

Ansiedad y trastornos depresivos. Los síntomas de suspensión suelen parecerse a los síntomas de un trastorno de ansiedad persistente o a la reaparición de los síntomas somáticos de depresión para los cuales se administró inicialmente el medicamento.

Trastornos por consumo de sustancias. El síndrome de suspensión de antidepresivos difiere de la abstinencia de sustancias en que los antidepresivos no tienen por sí mismos efectos de refuerzo ni efectos eufóricos. En general, la dosis del medicamento no se ha aumentado sin el permiso del clínico y el individuo no suele presentar un comportamiento de búsqueda de fármacos para obtener medicación adicional. No se cumplen los criterios del trastorno por consumo de sustancias.

Tolerancia a los medicamentos. Los síntomas de tolerancia y de suspensión se pueden producir como respuesta fisiológica normal a la interrupción después de una exposición prolongada. La mayoría de los casos de tolerancia a los medicamentos se pueden tratar con una disminución progresiva minuciosamente controlada.

Afecciones concomitantes

Típicamente, el individuo empezó a tomar el medicamento para un trastorno de depresión mayor; los síntomas originales pueden volver durante el síndrome de suspensión.

Otro efecto adverso de medicamentos

995.20 (T50.905A) Hallazgo inicial
995.20 (T50.905D) Hallazgo ulterior
995.20 (T50.905S) Secuelas

Esta categoría puede ser utilizada por los clínicos de forma opcional para codificar los efectos secundarios de los medicamentos (que no sean síntomas motores) cuando estos efectos adversos se convierten en un foco de atención clínica principal. Algunos ejemplos son la hipotensión grave, las arritmias cardíacas y el priapismo.

<= Ir al Índice

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Este texto cubre otras afecciones y problemas, merecedores de atención clínica o que pueden afectar de alguna otra forma al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente. Estas afecciones se presentan con sus correspondientes códigos CIE-9-MC (habitualmente códigos V) y CIE-10-MC (habitualmente códigos Z). Se puede codificar una afección clínica o problema en este capítulo si es el motivo de la visita que se está realizando o ayuda a explicar la necesidad de una prueba, un procedimiento o un tratamiento. Las afecciones y problemas de este capítulo se pueden incluir en el historial médico si aportan información útil en circunstancias que pueda afectar al cuidado del paciente, independientemente de la relevancia con respecto a la visita en curso.

Las afecciones clínicas y problemas que se citan en este capítulo no son trastornos mentales. Se incluyen en el DSM-5 para llamar la atención sobre la diversidad de problemas adicionales que se pueden encontrar en la práctica clínica rutinaria y para ofrecer un listado sistemático que sirva a los clínicos para documentarlas.

Problemas de relación

Las relaciones fundamentales, en especial las relaciones íntimas entre parejas adultas y las relaciones padre/cuidador y niño o similares tienen un impacto significativo sobre la salud de los individuos que las protagonizan. Estas relaciones pueden tener efectos en la promoción y protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales en la salud. En casos extremos estas relaciones íntimas pueden ir acompañadas de maltrato o abandono, lo que tendrá consecuencias médicas y psicológicas significativas para el individuo afectado. Un problema de tipo relacional puede llamar la atención clínica por ser el motivo de la visita del individuo o por ser un problema que afecte al curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental o médico del individuo.

Problemas relacionados con la educación familiar

V61.20 (Z62.820) Problema de relación entre padres e hijos

En esta categoría el término *padre* se utiliza para referirse a cualquier cuidador principal del niño, ya sea un progenitor biológico, un padre adoptivo o de acogida, o cualquier otro familiar (como un abuelo) que desempeñe un papel parental para el niño. Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en establecer la calidad de la relación padres-hijos o cuando la calidad de la relación padres-hijos está afectando al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico. Habitualmente un problema de la relación padres-hijos va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Son ejemplos de problemas conductuales el inadecuado control, supervisión e implicación de los padres con el niño, la sobreprotección de los padres, la presión paterna excesiva, las discusiones que se agravan hasta llegar a la amenaza de violencia física y la evitación sin la resolución de los problemas. Los problemas cognitivos son atribuciones negativas a las intenciones de otros, hostilidad o convertir a otro en chivo expiatorio, y sensación de distanciamiento sin motivo. Los problemas afectivos pueden ser sensaciones de tristeza, apatía o rabia contra el otro miembro de una relación. Los clínicos han de tener en cuenta las necesidades de desarrollo del niño y su contexto cultural.

<= Ir a la Clasificación

V61.8 (Z62.891) Problema de relación con los hermanos
Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos asociado a un deterioro significativo de la situación individual o familiar, o la aparición de síntomas en uno o más hermanos, o cuando el problema de relación entre hermanos afecta al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico de cualquier tipo de uno de dichos hermanos. Esta categoría se puede aplicar a niños o adultos, siempre que el objeto de la atención sea la relación entre hermanos. En este contexto se consideran hermanos los que comparten uno o ambos progenitores, los hermanastros, los hermanos de acogida y los adoptados.

V61.8 (Z62.29) Educación lejos de los padres
Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica se centra en temas referidos a la educación del niño separado de sus padres, o cuando esta educación separada afecta al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico de cualquier tipo. Puede tratarse de un niño bajo custodia estatal, al cuidado de algún pariente o en acogida. También podría tratarse de un niño que viviera en casa de un familiar no parental o con unos amigos, pero no por orden legal ni por sanción legal. También se incluyen los problemas relacionados con los niños que viven en hogares comunitarios o en orfanatos. Esta categoría no incluye a los temas relacionados con V60.6 (Z59.3) niños en internados.

V61.29 (Z62.898) Niño afectado por relación parental conflictiva
Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica son los efectos negativos de los desacuerdos de la relación entre los padres (p. ej., niveles elevados de conflicto, tensión o desprecios) sobre un niño de la familia, incluidos los efectos sobre un trastorno del niño, ya sea mental o médico de cualquier tipo.

Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario

V61.10 (Z63.0) Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja
Esta categoría se debe utilizar cuando el principal objeto de atención clínica consiste en abordar la calidad de la relación de pareja (cónyuge o no), o cuando la calidad de dicha relación afecte al curso, al pronóstico o al tratamiento de un trastorno mental o médico. Las parejas pueden ser de igual o distinto sexo. Habitualmente un problema de la relación va asociado a un deterioro funcional en los dominios conductuales, cognitivos o afectivos. Entre los ejemplos de problemas conductuales cabe citar la dificultad para la resolución de conflictos, el abandono y la intromisión excesiva. Los problemas cognitivos se puede manifestar como atribuciones negativas constantes a las intenciones del otro o rechazo de los comportamientos positivos de la pareja. Los problemas afectivos pueden ser tristeza, apatía o rabia crónicas contra el otro miembro de una relación.

Nota: En esta categoría no se incluyen los casos clínicos de asistencia en salud mental por V61.1x (Z69.1x) problemas de maltrato conyugal y V65.49 (Z70.9) orientación sexual.

V61.03 (Z63.5) Ruptura familiar por separación o divorcio
Esta categoría se aplica cuando los miembros de una pareja de adultos viven separados a causa de problemas de relación o están en proceso de divorcio.

V61.8 (Z63.8) Nivel elevado de emoción expresada en la familia
Emoción expresada es un concepto usado como medida cualitativa de la "cantidad" de emoción expresada en el entorno familiar, en particular hostilidad, intromisión excesiva emocional y críticas hacia el miembro de la familia identificado como el paciente. Esta categoría se aplica cuando el nivel elevado de emoción expresada en una familia es el objeto de la atención clínica o afecta al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico de cualquier tipo de un miembro de la familia.

V62.82 (Z63.4) Duelo no complicado
Esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo, sentimien-

tos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como "normal", si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio o anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. En los criterios de un episodio depresivo mayor se ofrece más información para distinguirlo del duelo.

Maltrato y negligencia

El maltrato por parte de un miembro de la familia (p. ej., un tutor o la pareja adulta) o de alguien que no es de la familia, puede ser el objeto de la atención clínica, o bien un factor importante para la evaluación y el tratamiento de pacientes con un trastorno mental o médico de cualquier tipo. A causa de las implicaciones legales del maltrato y la negligencia, se debe ser cuidadoso a la hora de evaluar estas afecciones y asignarles estos códigos. El tener antecedentes de maltrato o negligencia puede influir en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento de numerosos trastornos mentales y también se debe anotar durante el proceso de diagnóstico.

En las siguientes categorías, además del listado de episodios confirmados o sospechados de maltrato o negligencia, se ofrecen otros códigos para usarlos si el seguimiento clínico actual es el de prestar servicios en salud mental, ya sea a la víctima o al autor del maltrato o la negligencia. También se ofrece un código distinto para designar antecedentes de maltrato o negligencia.

Nota de codificación de la CIE-10-MC Condiciones de maltrato y negligencia
Para los códigos T solamente se debe codificar el 7° carácter de la manera siguiente:

A (hallazgo inicial): Utilícelo mientras el paciente esté recibiendo tratamiento activo por la afección (p. ej., tratamiento quirúrgico, visita en urgencias, evaluación y tratamiento a cargo de un clínico nuevo); o
D (hallazgo ulterior): Utilícelo para las visitas que tengan lugar después de que el paciente haya recibido el tratamiento activo del cuadro y cuando esté recibiendo asistencia rutinaria para el mismo, durante la fase de curación o recuperación (p. ej., cambio o retirada de yeso, retirada de un fijador externo o interno, ajuste de la medicación, otras visitas de seguimiento y control).

Maltrato infantil y problemas de negligencia

Maltrato físico infantil

El maltrato físico infantil es una lesión no accidental infligida a un niño, que puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte, resultante de darle un puñetazo, un golpe, una patada, un mordisco, zarandearlo, empujarlo, apuñalarlo, ahogarlo, pegarle (con la mano, con un palo, con una correa o con otro objeto), quemarlo o lesionarlo con cualquier otro método, por parte de un progenitor, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga responsabilidad sobre el niño. Estas lesiones se consideran maltrato, independientemente de si había intención de herir al niño. La disciplina física, como una zurra o con una bofetada, no se considera maltrato mientras sea razonable y no provoque ninguna lesión física al niño.

Maltrato físico infantil, confirmado
995.54 (T74.12XA) Hallazgo inicial
995.54 (T74.12XD) Hallazgo ulterior

Maltrato físico infantil, sospechado
995.54 (T76.12XA) Hallazgo inicial
995.54 (T76.12XD) Hallazgo ulterior

<= Ir a la Clasificación

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil no parental

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil parental

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil no parental

Abuso sexual infantil

Los abusos sexuales a niños incluyen cualquier tipo de actividad sexual con un niño que esté destinada a proporcionar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Los abusos sexuales incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente. También se incluye como abuso sexual cualquier explotación del niño, sin necesidad de contacto, por parte de un progenitor o cuidador; por ejemplo, obligando, engañando, atrayendo, amenazando o presionando al niño para que participe en actos de satisfacción sexual a terceros, sin contacto físico directo entre el niño y su agresor.

Abuso sexual infantil, confirmado

995.53 (T74.22XA) Hallazgo inicial

995.53 (T74.22XD) Hallazgo ulterior

Abuso sexual infantil, sospechado

995.53 (T76.22XA) Hallazgo inicial

995.53 (T76.22XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil no parental

V15.41 (Z62.810) Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil parental

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil no parental

Negligencia infantil

La negligencia infantil se define como cualquier acto atroz u omisión por parte de un progenitor o cuidador, confirmado o sospechado, que prive al niño de alguna necesidad básica correspondiente a su edad y que en consecuencia provoque o genere una probabilidad razonable de provocar un daño físico o psicológico en el niño. La negligencia infantil incluye el abandono, la falta de supervisión adecuada, la falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas y el hecho de no proporcionar la necesaria educación, asistencia médica, nutrición, residencia o vestido.

Negligencia infantil, confirmada

995.52 (T74.02XA) Hallazgo inicial

995.52 (T74.02XD) Hallazgo ulterior

<= Ir a la Clasificación

Negligencia infantil, sospechada

995.52 (T76.02XA) Hallazgo inicial

995.52 (T76.02XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental

V15.42 (Z62.812) Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil parental

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental

Maltrato psicológico infantil

El maltrato psicológico infantil consiste en actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño. (En esta categoría no se incluye el maltrato físico ni los abusos sexuales.) Entre los ejemplos de maltrato psicológico infantil cabe citar amonestar, menospreciar o humillar al niño, amenazarlo, quitarle o hacerle abandonar—o decirle que le van a quitar o hacer abandonar—a personas o cosas que el niño quiere, recluirlo (p. ej., atándolo de pies o de manos, o atándolo a un mueble o a cualquier otro objeto, o encerrarlo en un espacio demasiado pequeño [p. ej., en un excusado]), convertirlo en chivo expiatorio, obligarlo a autolesionase y aplicarle una disciplina excesiva (p. ej. con una frecuencia o duración extremadamente elevadas, incluso sin llegar al nivel de maltrato físico) con medios físicos o no físicos.

Maltrato psicológico infantil, confirmado

995.51 (T74.32XA) Hallazgo inicial

995.51 (T74.32XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico infantil, sospechado

995.51 (T76.32XA) Hallazgo inicial

995.51 (T76.32XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico infantil

V61.21 (Z69.010) Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil por parte de los padres

V61.21 (Z69.020) Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil no parental

V15.42 (Z62.811) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil

V61.22 (Z69.011) Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil parental

V62.83 (Z69.021) Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil no parental

<= Ir a la Clasificación

Maltrato del adulto y problemas de negligencia

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja

Esta categoría se aplica a acciones no accidentales de fuerza física, sucedidas en el transcurso del último año, que provoquen o generen una probabilidad razonable de provocar daños físicos a la pareja o que le provoquen un miedo significativo. Las acciones no accidentales de fuerza física incluyen empujones, bofetadas, tirones de cabello, pellizcos, agarrones, zarandeos, derribos, mordeduras, patadas, puñetazos o golpes con un objeto, quemaduras, envenenamientos, presionar la garganta, bloquear el acceso al aire, sumergir la cabeza bajo el agua y agredir con un arma. Están excluidos los actos en defensa propia o de la pareja.

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada

995.81 (T74.11XA) Hallazgo inicial

995.81 (T74.11XD) Hallazgo ulterior

Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechada

995.81 (T76.11XA) Hallazgo inicial

995.81 (T76.11XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la violencia física por parte del cónyuge o la pareja

V61.11 (Z69.11) Visita de salud mental para la víctima de violencia física por parte del cónyuge o la pareja

V15.41 (Z91.410) Historia personal (antecedentes) de violencia física por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de violencia física hacia el cónyuge o la pareja

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

Esta categoría se debe utilizar cuando durante el último año se ha producido algún acto sexual forzado u obligado con la pareja. La violencia sexual puede implicar el uso de la fuerza física o la presión psicológica para obligar a la pareja a participar en un acto sexual en contra de su voluntad, tanto si el acto llega a realizarse como si no. También se incluyen en esta categoría los actos sexuales con una pareja que no esté capacitada para consentir.

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmada

995.83 (T74.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T74.21XD) Hallazgo ulterior

Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada

995.83 (T76.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T76.21XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

V61.11 (Z69.81) Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

V15.41 (Z91.410) Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja

<= Ir a la Clasificación

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja

La negligencia contra la pareja es un acto atroz u omisión sucedido en el último año, realizado por la pareja de una persona dependiente, privándole de algunas necesidades básicas, que provoquen o generen una probabilidad razonable de provocar daños físicos o psicológicos a la pareja dependiente. Esta categoría se utiliza en el contexto de las relaciones en las que uno de los miembros de la pareja es extremadamente dependiente del otro para sus cuidados o necesita ayuda para realizar las actividades diarias normales, por ejemplo, una pareja que no sea capaz de cuidar de sí misma a causa de sustanciales limitaciones físicas, psicológicas, intelectuales o culturales (p. ej., incapacidad para comunicarse con los demás y realizar las actividades cotidianas por vivir en una cultura extranjera).

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmada

995.85 (T74.01XA) Hallazgo inicial

995.85 (T74.01XD) Hallazgo ulterior

Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechada

995.85 (T76.01XA) Hallazgo inicial

995.85 (T76.01XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con la negligencia por parte del cónyuge o la pareja

V61.11 (Z69.11) Visita de salud mental para la víctima de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

V15.42 (Z91.412) Historia personal (antecedentes) de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor de negligencia hacia el cónyuge o pareja

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

El maltrato psicológico a la pareja consiste en actos no accidentales verbales o simbólicos por parte de un miembro de la pareja que provoquen o generen una probabilidad razonable de provocar daños significativos al otro miembro. Esta categoría se debe utilizar cuando se ha producido este tipo de maltrato psicológico durante el último año. Los actos de maltrato psicológico consisten en amonestar o humillar a la víctima, interrogarla, restringir su libertad de movimientos, obstruir su acceso a la asistencia (p. ej., al cumplimiento de la ley, a recursos legales, de protección o médicos), amenazar a la víctima con una agresión física o sexual, dañar o amenazar la integridad de personas o cosas que importen a la víctima, restringir injustificadamente su acceso a los recursos económicos, aislarla de su familia, amigos o recursos sociales, acecharla e intentar hacerle creer que está loca.

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado

995.82 (T74.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T74.31XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechado

995.82 (T76.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T76.31XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

V61.11 (Z69.11) Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

<= Ir a la Clasificación

V15.42 (Z91.411) Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja

V61.12 (Z69.12) Visita de salud mental para el autor del matrato psicológico hacia el cónyuge o pareja

Maltrato del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja

Estas categorías se deben aplicar cuando un adulto ha sufrido maltratos por otro adulto que no es su pareja. Puede ser un maltrato de tipo físico, sexual o emocional. Son ejemplos de maltrato de adultos los actos no accidentales de fuerza física (p. ej., empujones, arañazos, bofetadas, arrojar algo que pueda herir, puñetazos o mordeduras), que provoquen o generen una probabilidad razonable de provocar daños o miedos significativos, actos sexuales forzados o bajo coacción y actos verbales o simbólicos que pudieran provocar daños psicológicos (p. ej., amonestar o humillar a la víctima, interrogarla, restringir su libertad de movimientos, obstruir su acceso a la asistencia, amenazar a la víctima, dañar o amenazar la integridad de personas o cosas que importen a la víctima, restringir injustificadamente su acceso a los recursos económicos, aislarla de su familia, amigos o recursos sociales, acecharla e intentar hacerle creer que está loca. Están excluidos los actos en defensa propia o de la otra persona.

Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado

995.81 (T74.11XA) Hallazgo inicial

995.81 (T74.11XD) Hallazgo ulterior

Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado

995.81 (T76.11XA) Hallazgo inicial

995.81 (T76.11XD) Hallazgo ulterior

Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado

995.83 (T74.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T74.21XD) Hallazgo ulterior

Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado

995.83 (T76.21XA) Hallazgo inicial

995.83 (T76.21XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado

995.82 (T74.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T74.31XD) Hallazgo ulterior

Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado

995.82 (T76.31XA) Hallazgo inicial

995.82 (T76.31XD) Hallazgo ulterior

Otras circunstancias relacionadas con el maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja

V65.49 (Z69.81) Visita de salud mental para la víctima de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge

V62.83 (Z69.82) Visita de salud mental para el autor de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge

<= Ir a la Clasificación

Problemas educativos y laborales

Problemas educativos

V62.3 (Z55.9) Problema académico o educativo
Esta categoría se debe utilizar cuando el problema académico o educativo es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico del individuo. Los problemas a considerar aquí son: analfabetismo o bajo nivel de alfabetización, falta de acceso a la escolarización por falta de posibilidad o por estar fuera de su alcance, problemas de rendimiento académico (p. ej., suspender exámenes escolares, obtener malas notas) o bajo rendimiento (inferior al que se podría esperar según la capacidad intelectual del individuo), discusiones con los profesores, el personal de la escuela u otros estudiantes, y cualquier otro problema relacionado con la educación o la cultura.

Problemas laborales

V62.21 (Z56.82) Problema relacionado con el estado actual de despliegue militar
Esta categoría se debe utilizar cuando un problema profesional relacionado directamente con la condición actual de despliegue militar del individuo es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre su diagnóstico, tratamiento o pronóstico. Las reacciones psicológicas al despliegue no se incluyen dentro de esta categoría, sino que es mejor contemplarlas como un trastorno de adaptación u otro trastorno mental.

V62.29 (Z56.9) Otro problema relacionado con el empleo
Esta categoría se debe utilizar cuando el problema profesional es el objeto de la atención clínica y tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Las áreas a considerar son: problemas con el empleo o el entorno laboral, incluidos el desempleo, cambios recientes de puesto de trabajo, amenaza de pérdida del mismo, insatisfacción laboral, horarios de trabajo estresantes, incertidumbre sobre opciones futuras, asedio sexual en el trabajo, otros desacuerdos con el jefe, supervisor, compañeros u otras personas del entorno laboral, entorno laboral desagradable u hostil, otros factores psicosociales de estrés relacionados con el empleo, y cualquier otro problema relacionado con el empleo o el trabajo.

Problemas de vivienda y económicos

Problemas de vivienda

V60.0 (Z59.0) Personas sin hogar
Se debe utilizar esta categoría cuando la carencia de un hogar o residencia permanente tiene un impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Se considera que un individuo no tiene hogar si su residencia nocturna principal es un refugio para gente sin hogar, un refugio temporal, un refugio contra la violencia doméstica, un espacio público (p. ej., un túnel, una estación de metro, un centro comercial), un edificio que no esté destinado a un uso residencial (p. ej., una estructura abandonada, una fábrica en desuso), una caja de cartón, una cueva o cualquier otra opción similar.

V60.1 (Z59.1) Alojamiento inadecuado
Se debe utilizar esta categoría cuando la existencia de un alojamiento inadecuado tiene un impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Son ejemplos de alojamiento en condiciones inadecuadas la falta de calefacción (en climas fríos) o de electricidad, infestación por insectos o roedores, inadecuados servicios de fontanería e instalaciones sanitarias, hacinamiento, falta de un lugar adecuado para dormir y ruido excesivo. Es importante considerar las normas culturales antes de asignar esta categoría.

V60.89 (Z59.2) Discordia con vecino, inquilino o arrendador
Esta categoría se debe utilizar cuando las discusiones con los vecinos, los inquilinos o el arrendador son el objeto de la atención clínica o tienen algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo.

<= Ir a la Clasificación

V60.6 (Z59.3) Problema relacionado con la vida en una residencia institucional
Esta categoría se debe utilizar cuando el problema (o problemas) relacionados con una institución residencial es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Las reacciones psicológicas a los cambios en la situación residencial no se incluyen dentro de esta categoría, sino que es mejor contemplarlas como un trastorno de adaptación.

Problemas económicos

V60.2 (Z59.4) Falta de alimentos adecuados o de agua potable

V60.2 (Z59.5) Pobreza extrema

V60.2 (Z59.6) Ingresos bajos

V60.2 (Z59.7) Seguro social o asistencia pública insuficiente
Esta categoría se debe utilizar para los individuos que cumplen los criterios para recibir algún tipo de ayuda o asistencia social pero no la reciben, la reciben en cantidad insuficiente para satisfacer sus necesidades o carecen de algún otro tipo de acceso a programas de asistencia social o médica que necesitan. Entre los ejemplos están la imposibilidad de recibir algún tipo de apoyo social por carecer de la documentación adecuada o de dirección estable, imposibilidad de obtener un seguro de salud adecuado a causa de la edad o de alguna enfermedad previa, o el habérsele denegado alguna ayuda a causa de unos requisitos demasiado estrictos sobre ingresos o de otro tipo.

V60.9 (Z59.9) Problema de vivienda o económico no especificado
Esta categoría se aplicará cuando exista un problema, relacionado con el hogar o circunstancias económicas, distinto de los especificados anteriormente.

Otros problemas relacionados con el entorno social

V62.89 (Z60.0) Problema de fase de la vida
Esta categoría se debe utilizar cuando el problema de adaptación a una transición en el ciclo de la vida (una fase de desarrollo determinada) es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Entre los ejemplos de estas transiciones podemos citar el inicio o el final de la etapa escolar, abandonar el control paterno, casarse, empezar una nueva carrera profesional, tener un hijo, adaptarse al "nido vacío" cuando los hijos se van y jubilarse.

V60.3 (Z60.2) Problema relacionado con vivir solo
Esta categoría se debe utilizar cuando un problema relacionado con el hecho de vivir solo es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Son ejemplos de este tipo de problemas los sentimientos crónicos de soledad, aislamiento y carencia de una estructura que realice las tareas de la vida diaria (p. ej., horarios irregulares de comida y sueño, irregularidad en las tareas de mantenimiento del hogar).

V62.4 (Z60.3) Dificultad de aculturación
Esta categoría se debe utilizar cuando una dificultad de adaptación a una cultura nueva (p. ej., relacionada con la emigración) es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo.

V62.4 (Z60.4) Exclusión o rechazo social
Esta categoría se debe utilizar cuando existe un desequilibrio de poderes sociales que provoca una exclusión o rechazo social recurrente por parte de otros. Son ejemplos de rechazo social: acoso, burlas e intimidación por parte de otros, ser objeto de maltrato verbal y humillaciones, y ser excluido adrede de las actividades de los compañeros de trabajo u otras personas del entorno social propio.

V62.4 (Z60.5) Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución
Esta categoría se debe utilizar cuando existe una discriminación (real o percibida) o una persecución del individuo a causa de su pertenencia (real o supuesta) a un grupo específico. Típicamente estas

<= Ir a la Clasificación

categorías abarcan cuestiones como el sexo o la identidad sexual, raza, etnia, religión, orientación sexual, país de origen, opiniones políticas, situaciones de discapacidad, casta, estatus social, peso y aspecto físico.

V62.9 (Z60.9) Problema relacionado con el entorno social no especificado
Esta categoría se aplicará cuando exista un problema relacionado con el entorno social del individuo distinto de los especificados anteriormente.

Problemas relacionados con delincuencia o interacción con el sistema legal

V62.89 (Z65.4) Víctima de delincuencia

V62.5 (Z65.0) Sentencia civil o penal sin encarcelamiento

V62.5 (Z65.1) Encarcelamiento u otra reclusión

V62.5 (Z65.2) Problemas relacionados con la excarcelación

V62.5 (Z65.3) Problemas relacionados con otras circunstancias legales

Otros encuentros con los servicios sanitarios para asesoramiento y consejo médico

V65.49 (Z70.9) Asesoramiento sexual
Esta categoría se debe utilizar cuando el individuo desea orientación relacionada con la educación sexual, comportamiento sexual, orientación sexual, actitudes sexuales (vergüenza, timidez), comportamiento u orientación sexual de un tercero (p. ej., cónyuge, pareja, hijo), juegos sexuales o cualquier otro asunto relacionado con el sexo.

V65.40 (Z71.9) Otro asesoramiento o consulta
Esta categoría se debe utilizar cuando se ofrece o se solicita asesoramiento o recomendaciones para un problema que no se especifica en ningún otro punto de este capítulo. Entre los ejemplos citaremos el asesoramiento espiritual o religioso, dietético o sobre tabaquismo.

Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales

V62.89 (Z65.8) Problema religioso o espiritual
Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es un problema religioso o espiritual. Entre los ejemplos cabe citar experiencias angustiantes que impliquen una pérdida o cuestionamiento de la fe, problemas relacionados con la conversión a una fe nueva o el cuestionarse valores espirituales que no necesariamente están relacionados con una iglesia u organización religiosa concretas.

V61.7 (Z64.0) Problemas relacionados con embarazo no deseado

V61.5 (Z64.1) Problemas relacionados con multiparidad

V62.89 (Z64.4) Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido perito, gestor de casos o asistente social

V62.89 (Z65.4) Víctima de terrorismo o tortura

V62.22 (Z65.5) Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades

V62.89 (Z65.8) Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales

V62.9 (Z65.9) Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas

<= Ir a la Clasificación

Otras circunstancias de la historia personal

V15.49 (Z91.49) Otra historia personal de trauma psicológico

V15.59 (Z91.5) Historia personal de autolesión

V62.22 (Z91.82) Historia personal de despliegue militar

V15.89 (Z91.89) Otros factores de riesgo personal

V69.9 (Z72.9) Problema relacionado con el estilo de vida
Esta categoría se debe usar cuando un problema de estilo de vida es el objeto de la atención clínica o afecta directamente al curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental o médico de otro tipo. Los ejemplos de problemas de estilo de vida son falta de ejercicio físico, dieta inadecuada, comportamiento sexual de alto riesgo y ritmos de sueño inadecuados. Un problema atribuible a un síntoma o a un trastorno mental no se debe codificar a menos que el problema sea el objeto concreto de un tratamiento o afecte directamente al curso, pronóstico o tratamiento del individuo. En esos casos se deben codificar tanto el trastorno mental como el estilo de vida.

V71.01 (Z72.811) Comportamiento antisocial del adulto
Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es un comportamiento antisocial de un adulto que no se debe a un trastorno mental (p. ej., trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial). Los ejemplos incluyen el comportamiento de algunos ladrones profesionales, mafiosos o traficantes de sustancias ilegales.

V71.02 (Z72.810) Comportamiento antisocial infantil o adolescente
Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es un comportamiento antisocial en un niño o un adolescente, que no se debe a un trastorno mental (p. ej., trastorno intermitente explosivo, trastorno de conducta). Entre los ejemplos cabe incluir actos antisociales aislados de niños o adolescentes (pero no un patrón de comportamiento antisocial).

Problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria

V63.9 (Z75.3) No disponibilidad o acceso a centros de asistencia sanitaria

V63.8 (Z75.4) No disponibilidad o acceso a otros centros de ayuda

Incumplimiento de tratamiento médico

V15.81 (Z91.19) Incumplimiento de tratamiento médico
Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es la falta de cumplimiento de un aspecto importante del tratamiento de un trastorno mental o de otra afección médica. Los motivos para dicho incumplimiento pueden ser malestar a causa del tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), coste del tratamiento, opiniones personales o creencias religiosas o culturales sobre el tratamiento propuesto, debilidad senil y la presencia de algún trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de personalidad). Esta categoría se debe utilizar solamente cuando el problema sea lo bastante grave como para necesitar atención clínica independiente, pero no cumpla los criterios diagnósticos de los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas.

278.00 (E66.9) Sobrepeso u obesidad
Esta categoría se puede utilizar cuando el objeto de la atención clínica es el sobrepeso o la obesidad.

V65.2 (Z76.5) Simulación
La característica esencial de la simulación es la representación de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados, motivada por incentivos externos, como evitar el servicio militar o el trabajo, obtener una compensación económica, evadir responsabilidades criminales u obtener fármacos. En

<= Ir a la Clasificación

determinadas circunstancias la simulación puede constituir un comportamiento adaptativo, por ejemplo, fingir una enfermedad cuando se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra. Se debe sospechar la simulación cuando se observa alguna combinación de los siguientes:

1. Contexto médico legal de la presentación (p. ej., el individuo ha sido remitido al clínico por un abogado para que lo examine, o el propio individuo viene por voluntad propia estando en pleno proceso judicial o a la espera de acusación).
2. Marcada discrepancia entre las quejas o discapacidad que cita el individuo y los hallazgos y observaciones objetivos.
3. Falta de cooperación durante el proceso diagnóstico y para cumplir la pauta de tratamiento prescrito.
4. La presencia de un trastorno de personalidad antisocial.

La simulación difiere de un trastorno facticio en que la motivación de la generación de los síntomas de la simulación es un incentivo externo, mientras que en el trastorno facticio no hay incentivos externos. La simulación se distingue del trastorno de conversión y de los síntomas somáticos relacionados con trastornos mentales por la generación intencionada de síntomas y por los incentivos externos evidentes que lleva asociados. Una evidencia definitiva de fingir (como una evidencia clara de que existe una pérdida de función durante la exploración pero no en casa) sugiere un diagnóstico de trastorno facticio si el objetivo aparente del individuo consiste en representar el papel de enfermo, o el de simulación si pretende obtener un incentivo, como dinero.

V40.31 (Z91.83) Vagabundeo asociado a un trastorno mental

Esta categoría se utiliza para los individuos con un trastorno mental cuyos deseos de andar generan serias preocupaciones respecto del manejo clínico o incluso de seguridad. Por ejemplo, los individuos con trastornos graves neurocognitivos o del neurodesarrollo pueden experimentar una necesidad imperiosa de deambular por lugares con un riesgo importante de caídas y hacer que abandonen los lugares en que están controlados, sin el necesario acompañamiento. Se excluyen de esta categoría los individuos cuya intención es escapar de una situación doméstica no deseada (p. ej., niños que se escapan de casa, pacientes que no desean seguir hospitalizados) o los que andan o se mueven como consecuencia de una acatisia inducida por la medicación.

Nota de codificación: Primero se asigna el código que se asocia un trastorno mental (p. ej., trastorno neurocognitivo mayor, trastorno del espectro autista), y después se asigna el código V40.31 (Z91.83) vagabundeo asociado a [trastorno mental específico].

V62.89 (R41.83) Funcionamiento intelectual límite

Esta categoría se puede utilizar cuando la capacidad intelectual límite del individuo es el objeto de la atención clínica, o bien tiene un impacto sobre su tratamiento o pronóstico. La distinción entre capacidad intelectual límite y discapacidad intelectual leve (trastorno del desarrollo intelectual) requiere una evaluación cuidadosa de las funciones intelectual y adaptativa, y de sus discrepancias, en especial cuando existen trastornos mentales concomitantes que puedan afectar a la capacidad del individuo para seguir procedimientos de prueba estandarizados (p. ej., esquizofrenia o trastorno por déficit de atención/hiperactividad con impulsividad grave).

<= Ir al Índice

SECCIÓN III

Medidas y modelos emergentes

Esta sección contiene herramientas y técnicas para mejorar el proceso de toma de decisión clínica, comprender el contexto cultural de los trastornos mentales y reconocer los diagnósticos emergentes para un estudio posterior. Proporciona estrategias para mejorar la práctica clínica y nuevos criterios para estimular la investigación futura, consiguiendo un DSM-5 dinámico que se desarrollará con los avances en el campo.

Entre las herramientas de la Sección III se encuentra una medida transversal evaluada por el informador/propio paciente de nivel 1, que sirve como una revisión de los sistemas entre los trastornos mentales. Se incluye también una escala de gravedad evaluada por el clínico para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, así como el Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión 2 (WHODAS 2.0). Las medidas de gravedad de nivel 2 están disponibles *online* (www.medicapanamericana.com/dsm5/) y pueden ser utilizadas para explorar las respuestas significativas del cribado de Nivel 1. Se incluyen una revisión exhaustiva del contexto cultural de los trastornos mentales y la Entrevista de formulación cultural (EFC) para uso clínico.

Se proporcionan las afecciones que necesitan más estudio, que incluye un nuevo modelo para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad como una alternativa a los criterios diagnósticos establecidos; el modelo propuesto incorpora el deterioro en el funcionamiento de la personalidad así como los rasgos de personalidad patológicos. También se incluyen nuevos trastornos que son foco de investigación en activo, como el síndrome de psicosis atenuada y las autolesiones no suicidas.

<= Ir al Índice

Medidas de evaluación

Un conjunto de datos científicos cada vez mayor está a favor de los conceptos dimensionales en el diagnóstico de los trastornos mentales. Las limitaciones de un abordaje categórico del diagnóstico incluyen la incapacidad de encontrar zonas vacías entre los diagnósticos (la separación de un trastorno mental a otro por unos límites naturales), la necesidad de categorías intermedias como los trastornos esquizoafectivos, las altas tasas de comorbilidad, la frecuencia de los diagnósticos no especificados (NE), la relativa falta de utilidad de la identificación detallada de validadores únicos para la mayoría de los trastornos mentales y la falta de especificidad en el tratamiento para varias categorías diagnósticas.

Tanto desde la perspectiva clínica como de investigación existe una necesidad para un abordaje más dimensional que pueda combinarse con el grupo de categorías diagnósticas de los DSM. Este abordaje incorpora variaciones de las características en un individuo (p. ej., la diferente gravedad de los síntomas individuales tanto dentro como fuera de unos criterios diagnósticos para un trastorno, medidos en relación a la intensidad, la duración o el número de síntomas junto a otras características, como el tipo y la gravedad de la discapacidad), más que fiarse de un abordaje simple del tipo sí o no. Para los diagnósticos que necesitan todos los criterios para hacerlo (un grupo de criterios monotético), se han establecido diferentes niveles de gravedad de los síntomas que aparecen. Si se necesita llegar a un umbral de entre múltiples síntomas, como por lo menos cumplir cinco de los nueve síntomas para el trastorno depresivo mayor (un grupo de criterios politético), los niveles de gravedad y las diferentes combinaciones de los criterios pueden identificar grupos diagnósticos más homogéneos.

Un abordaje dimensional que depende primariamente de los informes subjetivos del individuo sobre sus síntomas, además de la interpretación del clínico, es coherente con la práctica diagnóstica actual. Se espera que con el aumento de nuestro conocimiento sobre los mecanismos básicos de la enfermedad, basados en la patofisiología, los circuitos neuronales, las interacciones gen-ambiente, y con el incremento de las pruebas de laboratorio se desarrollarán abordajes que integren los datos objetivos y subjetivos del paciente para complementar y aumentar la precisión del proceso diagnóstico.

Las *medidas de los síntomas transversales* basadas en la revisión médica general de los sistemas pueden servir como un abordaje para la revisión crítica de los dominios psicopatológicos. La revisión médica general de los sistemas es crucial para detectar los cambios sutiles en los diferentes sistemas de órganos, y pueden facilitar el diagnóstico y el tratamiento. Una revisión similar de varias funciones mentales puede ayudar a que la evaluación del estado mental sea más exhaustiva al prestar atención a síntomas que pueden no encajar de una forma clara en los criterios diagnósticos sugeridos por la presentación de los síntomas en el individuo, pero pueden, sin embargo, ser importantes para el tratamiento del individuo. Las medidas transversales tienen dos niveles: las preguntas de nivel 1 son un breve cuestionario de 13 dominios sintomáticos para los pacientes adultos y 12 dominios para los niños y los adolescentes. Las preguntas de nivel 2 proporcionan una evaluación más profunda de ciertos dominios. Estas medidas fueron desarrolladas para que se emplearan tanto en la entrevista inicial como a lo largo del tiempo para seguir el curso de los síntomas del paciente y la respuesta al tratamiento.

Las *medidas de gravedad* son diagnóstico-específicas y se corresponden estrechamente con los criterios que constituyen la definición del trastorno. Pueden administrarse a individuos que han recibido un diagnóstico o que presentan un síndrome clínicamente significativo que no cumple todos los criterios de un diagnóstico. Algunas de las medidas son autoevaluadas por el individuo, mientras que otras requieren que el clínico las complete. Al igual que con las medidas de los síntomas transversales, éstas fueron desarrolladas para administrarse tanto en la entrevista inicial como a lo largo del tiempo para seguir la gravedad del trastorno del individuo y la respuesta al tratamiento.

El *Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud*, versión 2 (WHODAS 2.0) fue desarrollado para evaluar la capacidad del paciente para realizar actividades en seis áreas: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor (entorno), cuidado personal, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria (p. ej., quehaceres de casa, trabajo/escuela), y participación en la sociedad. La escala es autoadministrada y fue desarrollada para utilizarse en pacientes con cualquier enfermedad médica. Se corresponde con conceptos contenidos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS. Esta evaluación puede también utilizarse a lo largo del tiempo para seguir los cambios en el curso de las discapacidades del paciente.

Este capítulo se centra en la medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 (versiones autoevaluada del adulto/evaluada por el padre/tutor legal); la escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis-evaluada por el clínico; y las instrucciones para el clínico, la información para la puntuación y las guías de interpretación de la WHODAS 2.0. Estas medidas y las evaluaciones dimensionales adicionales, incluyendo las de gravedad diagnóstica, pueden encontrarse *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

Medidas de los síntomas transversales

Medida de los síntomas transversales de nivel 1

La medida de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 es una medida puntuada por el paciente o el informante que evalúa los dominios de salud mental que son importantes en los diagnósticos psiquiátricos. Se ha propuesto para ayudar a los clínicos a identificar otras áreas relevantes, que pueden tener un impacto significativo en el tratamiento y el pronóstico del individuo. Además, la medida se puede usar para seguir los cambios en la presentación del síntoma en el individuo a lo largo del tiempo.

La versión del adulto de la medida consiste en 23 preguntas que evalúan 13 dominios psiquiátricos, incluyendo la depresión, la ira, la manía, la ansiedad, los síntomas somáticos, las ideas suicidas, la psicosis, los problemas de sueño, la memoria, los pensamientos y los comportamientos repetitivos, la disociación, el funcionamiento de la personalidad y el consumo de sustancias (Tabla 1). Cada dominio tiene de una a tres preguntas. Cada ítem interroga sobre cuánto (o con qué frecuencia) el individuo ha presentado un síntoma específico durante las dos semanas anteriores. Si el individuo tiene una capacidad limitada y no puede completar el formulario (p. ej., un individuo con demencia), un informante adulto que lo conozca puede completar esta medida. La medida se describió como clínicamente útil y mostró una buena fiabilidad en los estudios de campo del DSM-5 que se realizaron en muestras clínicas de adultos en Estados Unidos y Canadá.

La versión de la medida evaluada por el padre/tutor legal (para niños de 6-17 años) consiste en 25 preguntas que evalúan 12 dominios psiquiátricos, entre los que están la depresión, la ira, la irritabilidad, la manía, la ansiedad, los síntomas somáticos, la falta de atención, las ideas/tentativas suicidas, la psicosis, los problemas de sueño, los pensamientos y comportamientos repetitivos y el consumo de sustancias (Tabla 2). Cada ítem le pregunta al padre o tutor legal que evalúe cuánto (o con qué frecuencia) su hijo ha presentado un síntoma psiquiátrico específico durante las dos semanas anteriores. La medida también se describió como clínicamente útil y mostró una buena fiabilidad en los estudios de campo del DSM-5 que se realizaron en muestras clínicas pediátricas en Estados Unidos. Para los niños y adolescentes de 11-17 años, además de la evaluación que el padre/tutor legal realiza de los síntomas del hijo, el clínico puede plantear que el propio niño/adolescente complete la versión de la medida para niños/adolescentes. Esta versión se puede encontrar *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

Puntuación e interpretación. En la versión de la medida evaluada por el adulto, cada ítem se evalúa en una escala de 5 puntos (0 = nada o ninguno; 1 = raro o ligero, menos de un día o dos; 2 = leve o varios días; 3 = moderado o más de la mitad de los días; 4 = grave o casi cada día). Se debería revisar la puntuación de cada ítem dentro de un dominio. Sin embargo, una puntuación de leve (es decir, 2) o mayor en cualquier ítem dentro de un dominio, excepto en el consumo de sustancias, las ideas suicidas y la psicosis, puede servir como guía para continuar preguntando para determinar si se necesita una evaluación más detallada, la cual puede incluir la medida de los síntomas transversales de nivel 2 para ese dominio (véase la Tabla 1). Para el consumo de sustancias, las ideas suicidas y la

TABLA 1 Medida de los síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 autoevaluada-adulto: 13 dominios, umbrales para evaluación posterior y medidas de nivel 2 del DSM-5 asociadas

Dominio	Nombre del dominio	Umbral para la evaluación posterior	Medida de los síntomas transversales de nivel 2 del DSM-5[a]
I.	Depresión	Leve o mayor	Nivel 2–depresión–adulto (malestar emocional PRODIS–versión corta)
II.	Ira	Leve o mayor	Nivel 2–ira–adulto (malestar emocional–ira PRODIS versión corta)
III.	Manía	Leve o mayor	Nivel 2–manía–adulto (Escala de manía autoadministrada de Altman, *Altman Self-rating Mania Scale* [ASRM])
IV.	Ansiedad	Leve o mayor	Nivel 2–ansiedad–adulto (malestar emocional–ansiedad PRODIS versión corta)
V.	Síntomas somáticos	Leve o mayor	Nivel 2–síntomas somáticos–adulto (Escala de gravedad de síntomas somáticos del cuestionario de salud del paciente-15, *Patient Health Questionnaire*-15 [PHQ-15])
VI.	Ideas suicidas	Ligero o mayor	Ninguna
VII.	Psicosis	Ligero o mayor	Ninguna
VIII.	Problemas de sueño	Leve o mayor	Nivel 2–alteración del sueño–adulto (alteración del sueño PRODIS versión corta)
IX.	Memoria	Leve o mayor	Ninguna
X.	Pensamientos y comportamientos repetitivos	Leve o mayor	Nivel 2–pensamientos y comportamientos repetitivos–adulto (Escala de gravedad inventario obsesivo-compulsivo de Florida, Florida *Obsessive-Compulsive Inventory* [FOCI] *Severity Scale*)
XI.	Disociación	Leve o mayor	Ninguna
XII.	Funcionamiento de la personalidad	Leve o mayor	Ninguna
XIII.	Consumo de sustancias	Ligero o mayor	Nivel 2–consumo de sustancias–adulto (adaptado de la ASSIST modificada-NIDA)

Nota. NIDA = *National Institute on Drug Abuse* (Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas).
[a] Disponible en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

psicosis, una puntuación de ligero (es decir, 1) o mayor en cualquier ítem puede servir como guía para continuar preguntando para determinar si se necesita una evaluación más detallada. Hay que indicar la puntuación más alta dentro de un dominio en la columna "puntuación más alta del dominio". La Tabla 1 resume las puntuaciones umbral que pueden guiar si se continúa preguntando por el resto de los dominios.

En la versión de la medida evaluada por el padre/tutor legal (para niños de 6-17 años), 19 de los 25 ítems se evalúan cada uno en una escala de 5 puntos (0 = nada o ninguno; 1 = raro o ligero, menos de un día o dos; 2 = leve o varios días; 3 = moderado o más de la mitad de los días; 4 = grave o casi cada día). Los ítems sobre las ideas suicidas, las tentativas de suicidio y el consumo de sustancias se evalúan cada uno de ellos en una escala de "sí, no, o no sé". Se debería revisar la puntuación de cada ítem dentro de un dominio. Sin embargo, con la excepción de la falta de atención y la psicosis, una puntuación de leve (es decir, 2) o mayor en cualquier ítem dentro de un dominio que se puntúa en una escala de 5 puntos puede servir como guía para continuar preguntando para determinar si se necesita una evaluación más detallada, la cual puede incluir la medida de síntomas transversales de nivel 2 para ese dominio (ver la Tabla 2). Para la falta de atención y la psicosis, una puntuación de ligero o

TABLA 2 Medida de los síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 evaluada por el padre/tutor legal para niños de 6-17 años: 12 dominios, umbrales para la evaluación posterior y medidas de nivel 2 asociadas

Dominio	Nombre del dominio	Umbral para la evaluación posterior	Medida de los síntomas transversales del nivel 2 del DSM-5[a]
I.	Síntomas somáticos	Leve o mayor	Nivel 2–síntomas somáticos–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (Escala de gravedad de síntomas somáticos del cuestionario de salud del paciente-15, *Patient Health Questionnaire-15* [PHQ-15])
II.	Problemas de sueño	Leve o mayor	Nivel 2–alteración del sueño–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (alteración del sueño PROMIS versión corta)
III.	Inatención	Ligero o mayor	Nivel 2–inatención–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (Swanson, Nolan y Pelham, versión IV [SNAP-IV])
IV.	Depresión	Leve o mayor	Nivel 2–depresión–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (malestar emocional–depresión PROMIS banco de ítems de padres)
V.	Ira	Leve o mayor	Nivel 2–ira–padre/tutor legal de niño (medida de la ira calibrada PROMIS padre)
VI.	Irritabilidad	Leve o mayor	Nivel 2–irritabilidad–padre/tutor legal de niño (Índice de reactividad afectiva, *Affective Reactivity Index* [ARI])
VII.	Manía	Leve o mayor	Nivel 2–manía–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (Escala de manía autoadministrada de Altman, *Altman Self-Rating Mania Scale* [ASRM])
VIII.	Ansiedad	Leve o mayor	Nivel 2–ansiedad–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (malestar emocional–ansiedad PROMIS banco de ítems de padres)
IX.	Psicosis	Ligero o mayor	Ninguna
X.	Pensamientos y comportamientos repetitivos	Leve o mayor	Ninguna
XI.	Consumo de sustancias	Sí	Nivel 2–consumo de sustancias–padre/tutor legal de niño de 6-17 años (adaptado de la ASSIST modificada-NIDA)
		No lo sé	ASSIST modificada-NIDA (adaptada)-Evaluada por el niño (edad 11-17 años)
XII.	Ideas suicidas/ tentativas suicidas	Sí	Ninguna
		No lo sé	Ninguna

Nota. NIDA = *National Institute on Drug Abuse* (Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas).
[a] Disponible en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

mayor (es decir, 1 o mayor) puede usarse como un indicador para continuar preguntando. Una valoración de "no sé" del padre/tutor legal en cualquiera de los ítems sobre las ideas suicidas, las tentativas suicidas y el consumo de sustancias, especialmente para los niños/adolescentes de 11-17 años, puede conducir a realizar más preguntas sobre esos aspectos al niño/adolescente, incluyendo la medida de los síntomas transversales de nivel 2 para los dominios relevantes. Debido a que las preguntas adicionales se realizan en base a la puntuación más alta de cualquier ítem dentro de un dominio, los clínicos deberían indicar esa puntuación en la columna "puntuación más alta del dominio". La Tabla 2 resume las puntuaciones umbral que pueden guiar si se continúa preguntando por el resto de los dominios.

Medida de los síntomas transversales de nivel 2

Cualquier puntuación umbral en la medida de los síntomas transversales de nivel 1 (como se detalla en las Tablas 1 y 2 y se describe en Puntuación e interpretación) indica la posible necesidad de una evaluación clínica más detallada. La medida de los síntomas transversales de nivel 2 proporciona un método para obtener una información más profunda sobre los síntomas potencialmente significativos para realizar un diagnóstico, un plan de tratamiento y el seguimiento. Están disponibles *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/. Las Tablas 1 y 2 resumen cada dominio de nivel 1 e identifican los dominios para los cuales se dispone de las medidas de los síntomas transversales de nivel 2 para una evaluación más detallada. Las versiones de los adultos y la pediátrica (padre y niño) están disponibles *online* para la mayoría de los dominios de los síntomas de nivel 1 en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

Frecuencia de uso de las medidas de los síntomas transversales

Para seguir el curso de los síntomas del paciente a lo largo del tiempo, las medidas de los síntomas transversales de nivel 1 y las relevantes de nivel 2 se pueden completar a los intervalos regulares que sean clínicamente indicados, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo y del estado del tratamiento. En los individuos con una capacidad limitada y en los niños de 6-17 años, es preferible que el mismo informante y el mismo padre/tutor legal completen las medidas durante el seguimiento. Las puntuaciones altas de una forma consistente en un dominio particular pueden indicar que existen síntomas problemáticos y significativos para el individuo que podrían justificar una posterior y más exhaustiva evaluación, un tratamiento y un seguimiento. La valoración clínica debería guiar la toma de decisiones.

Medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas: adulto

Nombre:______________ **Edad:**______ **Sexo: [ ] Hombre [ ] Mujer** Fecha:______

Si la medida se completa por un informante, **¿cuál es su relación con el individuo?**______________

En una semana típica, ¿cuánto tiempo aproximadamente pasa con el individuo?__________**horas/semana**

Instrucciones: Las preguntas siguientes hacen referencia a cosas que podrían haberle hecho sentir mal. Por cada pregunta, señale el número que mejor describa hasta qué punto (o con qué frecuencia) se ha sentido mal durante las **últimas DOS (2) SEMANAS.**

		Durante las últimas **DOS (2) SEMANAS,** ¿hasta qué punto (o con qué frecuencia) se ha sentido mal por los siguientes problemas?	**Nada** En ningún momento	**Algo** Raro, menos de un día o dos	**Leve** Varios días	**Moderado** Más de la mitad de los días	**Grave** Casi cada día	**Puntuación más alta del dominio** (clínico)
I.	1.	¿Poco interés o satisfacción en hacer cosas?	0	1	2	3	4	
	2.	¿Sentirse bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3	4	
II.	3.	¿Sentirse más irritado, malhumorado o enfadado que normalmente?	0	1	2	3	4	
III.	4.	¿Dormir menos de lo normal pero todavía con mucha energía?	0	1	2	3	4	
	5.	¿Empezar más proyectos de lo normal o hacer cosas más arriesgadas de lo normal?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	¿Sentirse nervioso, ansioso, preocupado o al límite?	0	1	2	3	4	
	7.	¿Sentir pánico o estar atemorizado?	0	1	2	3	4	
	8.	¿Evitar situaciones que le ponen nervioso?	0	1	2	3	4	
V.	9.	¿Dolores o molestias inexplicados (p. ej., cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?	0	1	2	3	4	
	10.	¿Sentir que sus enfermedades no se toman lo suficientemente en serio?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	¿Tener pensamiento de dañarse a sí mismo?	0	1	2	3	4	

VII.	12.	¿Oír cosas que otras personas no podrían oír, como voces, incluso cuando no hay nadie alrededor?	0	1	2	3	4	
	13.	¿Sentir que alguien podría oír sus pensamientos o que usted podría escuchar lo que otra persona estaba pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14.	¿Problemas de sueño que afectan a su calidad de sueño en general?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	¿Problemas con la memoria (p. ej., aprender nueva información) o con la ubicación (p. ej., encontrar el camino a casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16.	¿Pensamientos desagradables, necesidades urgentes o imágenes repetidas en su cabeza?	0	1	2	3	4	
	17.	¿Sentirse impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	¿Sentirse indiferente o distanciado de sí mismo, de su cuerpo, de lo que le rodea o de sus recuerdos?	0	1	2	3	4	
XII.	19.	¿No saber quién es realmente o qué es lo que quiere de la vida?	0	1	2	3	4	
	20.	¿No sentirse cercano a otras personas o no disfrutar de sus relaciones con ellas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	¿Tomar al menos cuatro bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día?	0	1	2	3	4	
	22.	¿Fumar cigarrillos, puros o en pipa, o usar tabaco en polvo, o masticar tabaco?	0	1	2	3	4	
	23.	¿Usar una de las medicinas siguientes A SU MANERA, esto es, sin la prescripción de un médico, en mayores cantidades o más tiempo de lo prescrito [p. ej., analgésicos (como Termalgín codeína), estimulantes (como Rubifén), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como el pegamento), o metanfetamina (como el *speed*)]?	0	1	2	3	4	

Medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 evaluadas por el padre/tutor legal: niños y adolescentes de 6-17 años

Nombre del menor:______________________ **Edad:**________ **Sexo: [ ] Hombre [ ] Mujer** Fecha:________

Relación con el menor:______________________

Instrucciones *(al padre o tutor del menor)*: Las preguntas siguientes hacen referencia a cosas que podrían haber hecho sentir mal a su hijo/a. Por cada pregunta, señale el número que mejor describa hasta qué punto (o con qué frecuencia) su hijo se ha sentido mal durante las **últimas DOS (2) SEMANAS.**

		Durante las últimas **DOS (2) SEMANAS,** ¿hasta qué punto (o con qué frecuencia) su hijo/a...	**Nada** En ningún momento	**Algo** Raro, menos de un día o dos	**Leve** Varios días	**Moderado** Más de la mitad de los días	**Grave** Casi cada día	**Puntuación más alta del dominio** (clínico)
I.	1.	Se ha quejado de dolores o molestias de barriga, de cabeza o de otro tipo?	0	1	2	3	4	
	2.	Se ha mostrado preocupado por su salud o por ponerse enfermo?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Ha tenido problemas de sueño, esto es, dificultad para dormirse o para continuar dormido, o se ha despertado demasiado temprano?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Ha tenido problemas para mantener la atención cuando estaba en clase, haciendo sus deberes, leyendo un libro o jugando?	0	1	2	3	4	
IV.	5.	Se ha divertido menos haciendo cosas que solía?	0	1	2	3	4	
	6.	Ha parecido estar triste o depresivo durante varias horas?	0	1	2	3	4	
V y VI.	7.	Ha parecido estar más irritable o enfadado más fácilmente de lo normal?	0	1	2	3	4	
	8.	Ha parecido estar más enfadado o fuera de sus casillas?	0	1	2	3	4	
VII.	9.	Ha empezado muchos más proyectos de lo normal o ha hecho más cosas arriesgadas de lo normal?	0	1	2	3	4	
	10.	Ha dormido menos de lo normal pero todavía tiene mucha energía?	0	1	2	3	4	
VIII.	11.	Ha dicho que se siente nervioso, ansioso o temeroso?	0	1	2	3	4	
	12.	No ha sido capaz de parar de preocuparse?	0	1	2	3	4	
	13.	Ha dicho que no podía hacer cosas que quería hacer o que debería haber hecho porque se siente nervioso?	0	1	2	3	4	

IX.	14.	Ha dicho que oye voces –cuando no hay nadie– hablando sobre él/ella o diciéndole lo que tiene que hacer, o diciendo cosas malas sobre él/ella?	0	1	2	3	4	
	15.	Ha dicho que ha tenido alguna visión cuando estaba completamente despierto/a, es decir, ha visto algo o a alguien que nadie más puede ver?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Ha dicho que ha tenido pensamientos que vienen hacia su mente sobre que haría algo malo o que algo malo le pasaría a él/ella o a otra persona?	0	1	2	3	4	
	17.	Ha dicho que sienta la necesidad de comprobar ciertas cosas de forma repetida, como si la puerta está cerrada o si el fogón está apagado?	0	1	2	3	4	
	18.	Ha parecido preocuparse mucho sobre si las cosas que ha tocado estaban sucias, tenían gérmenes o estaban envenenadas?	0	1	2	3	4	
	19.	Ha dicho que tiene que hacer las cosas de una determinada manera, como contar o decir palabras especiales en voz alta, para que no suceda nada malo?	0	1	2	3	4	
	En las últimas **DOS (2) SEMANAS**, su hijo/a ...							
XI.	20.	Ha tomado alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, licor, etc.)?	❑ Sí	❑ No		❑ No lo sé		
	21.	Ha fumado algún cigarrillo o puro o en pipa, o ha usado tabaco en polvo, o masticado tabaco?	❑ Sí	❑ No		❑ No lo sé		
	22.	Ha usado drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como el pegamento) o metanfetamina (como el *speed*)?	❑ Sí	❑ No		❑ No lo sé		
	23.	Ha usado alguna medicina sin la prescripción de un médico (p. ej., analgésicos [como Termalgín codeína], estimulantes [como Rubifén], sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium) o esteroides?	❑ Sí	❑ No		❑ No lo sé		
XII.	24.	En las últimas **DOS (2) SEMANAS**, ¿ha hablado de querer matarse o de suicidarse?	❑ Sí	❑ No		❑ No lo sé		
	25.	¿Ha intentado ALGUNA VEZ matarse?	❑ Sí	❑ No		❑ No lo sé		

Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis

Tal y como se describe en el capítulo Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos psicóticos son heterogéneos y la gravedad de la sintomatología puede predecir aspectos importantes de la enfermedad, como el grado de déficit cognitivo y/o neurobiológico. Las evaluaciones dimensionales captan las variaciones significativas en la gravedad de los síntomas, las cuales pueden ayudar al plan de tratamiento, a la toma de decisiones sobre el pronóstico y a la investigación sobre los mecanismos fisiopatológicos. La escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis evaluada por el clínico proporciona una forma de evaluar dimensionalmente los síntomas primarios de la psicosis, incluyendo las alucinaciones, los delirios, el discurso desorganizado, el comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos. También se incluye una escala para evaluar el deterioro cognitivo. Muchos individuos con trastornos psicóticos presentan un deterioro en un abanico de dominios cognitivos, lo cual predice su capacidad funcional. Además, se proporcionan escalas para la evaluación dimensional de la depresión y la manía, las cuales pueden alertar a los clínicos de la existencia de patología del estado de ánimo. La gravedad de los síntomas del estado de ánimo tiene un valor pronóstico y guía el tratamiento.

La Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluada por el clínico, es una medida de 8 ítems que puede ser completada por el clínico en el momento de la evaluación clínica. Cada ítem pide al clínico que puntúe la gravedad de cada síntoma que ha presentado el individuo en los 7 días anteriores.

Puntuación e interpretación

Cada ítem de la medida se evalúa en una escala de 5 puntos (0 = nada; 1 = dudoso; 2 = presente, pero leve; 3 = presente y moderado; 4 = presente y grave) con una definición específica para cada nivel de puntuación. El clínico puede revisar toda la información disponible sobre el individuo y, basándose en la valoración clínica, puede seleccionar (con una marca) el nivel que describe de forma más precisa la gravedad de la afección del individuo. El clínico indica, entonces, la puntuación de cada ítem en la columna de puntuación.

Frecuencia de uso

Para seguir el curso de los síntomas del paciente a lo largo del tiempo, la medida puede completarse a los intervalos regulares que sean clínicamente indicados, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo y del estado del tratamiento. Las puntuaciones altas de una forma consistente en un dominio particular pueden indicar que existen áreas problemáticas y significativas para el individuo que podrían justificar una posterior y más exhaustiva evaluación, tratamiento y seguimiento. La valoración clínica debería guiar la toma de decisiones.

Escala de gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, evaluada por el clínico

Nombre:____________________ **Edad:**______ **Sexo: [ ] Hombre [ ] Mujer** Fecha:______

Instrucciones: Basándose en toda la información que usted tiene sobre el individuo y utilizando su valoración clínica, evalúe (con una marca) la presencia y la gravedad de los siguientes síntomas tal y como los ha experimentado el individuo en los últimos siete (7) días.

Dominio	0	1	2	3	4	Puntuación
I. Alucinaciones	❑ No presentes	❑ Dudosas (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	❑ Presentes pero leves (pequeña presión para actuar según las voces, no muy molesto por las voces)	❑ Presentes y moderadas (alguna presión para responder a las voces o se siente un poco molesto por ellas)	❑ Presentes y graves (grave presión para responder a las voces o se siente muy molesto por ellas)	
II. Delirios	❑ No presentes	❑ Dudosos (gravedad o duración no suficiente para considerarse psicosis)	❑ Presentes pero leves (pequeña presión para actuar según las creencias delirantes, no muy molesto por las creencias)	❑ Presentes y moderados (alguna presión para actuar según las creencias o se siente un poco molesto por ellas)	❑ Presentes y graves (grave presión para actuar según las creencias o se siente muy molesto por ellas)	
III. Discurso desorganizado	❑ No presente	❑ Dudoso (gravedad o duración no suficiente para considerarse desorganización)	❑ Presente pero leve (alguna dificultad para seguir el discurso)	❑ Presente y moderado (discurso a menudo difícil de seguir)	❑ Presente y grave (discurso casi imposible de seguir)	
IV. Comportamiento psicomotor anormal	❑ No presente	❑ Dudoso (gravedad o duración no suficiente para considerarse un comportamiento motor anormal	❑ Presente pero leve (comportamiento motor anormal o desorganizado, o catatonía ocasional)	❑ Presente y moderado (comportamiento motor anormal o desorganizado, o catatonía frecuente)	❑ Presente y grave (comportamiento motor anormal o desorganizado casi constante)	
V. Síntomas negativos (expresión emotiva disminuida, abulia)	❑ No presentes	❑ Dudosos (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	❑ Presentes pero leves (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	❑ Presentes y moderados (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	❑ Presentes y graves (disminución de la expresividad facial, prosodia, gestos o la propia iniciativa)	

Dominio	0	1	2	3	4	Puntuación
VI. Alteración cognitiva	❑ No presente	❑ Dudosa (función cognitiva que no está claramente fuera del rango esperado por la edad y el ESE; p. ej. dentro de 0,5 DS de la media)	❑ Presente pero leve (alguna reducción en la función cognitiva; 0,5-1 DS por debajo de la media de lo esperado por la edad y el ESE)	❑ Presente y moderada (clara reducción en la función cognitiva; 1-2 DS por debajo de la media de lo esperado por la edad y el ESE)	❑ Presente y grave (grave reducción en la función cognitiva; >2 DS por debajo de de la media de lo esperado por la edad y el ESE)	
VII. Depresión	❑ No presente	❑ Dudosa (sentirse triste, deprimido, con ánimo bajo o desesperanzado; preocupado sobre haber fallado a alguien o a algo pero sin estar absorto en ello)	❑ Presente pero leve (períodos frecuentes de sentirse muy triste, con ánimo bajo, moderadamente deprimido o desesperanzado; preocupado sobre haber fallado a alguien o a algo, estando algo absorto en ello)	❑ Presente y moderada (períodos frecuentes de una profunda depresión o desesperanza; preocupación con culpa de haber hecho algo equivocado)	❑ Presente y grave (sentirse profundamente deprimido o desesperanzado a diario; culpa delirante o autorreproches no razonables o desproporcionados por las circunstancias)	
VIII. Manía	❑ No presente	❑ Dudosa (estado de de ánimo elevado, expansivo o irritable ocasionalmente, o algo de inquietud)	❑ Presente pero leve (períodos frecuentes de estado de ánimo un poco elevado, expansivo o irritable, o un poco de inquietud)	❑ Presente y moderada (períodos frecuentes de estado de ánimo bastante elevado, expansivo o irritable, o bastante inquietud)	❑ Presente y grave (estado de ánimo muy elevado, expansivo, irritable o mucha inquietud a diario)	

Nota: ESE: Estatus socioeconómico. DS: Desviación estándar.

Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0

La versión autoadministrada de adulto del Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0 (WHODAS 2.0) es una medida de 36 ítems que evalúa la discapacidad en los adultos de 18 o más años de edad. Evalúa la discapacidad en seis dominios, entre los que están la comprensión y la comunicación, la capacidad para moverse en su alrededor (entorno), el cuidado personal, la capacidad de relacionarse con otras personas, las actividades de la vida diaria (p. ej., los quehaceres de casa, el trabajo/escuela), y la participación en la sociedad. Si la persona adulta tiene una capacidad limitada y no puede completar el formulario (p. ej., un paciente con demencia), un informante que lo conozca podría completar la versión de la medida para representantes, la cual está disponible en www.medicapanamericana.com/dsm5/. Cada ítem de la versión autoadministrada de la WHODAS 2.0 le pide al individuo que evalúe cuánta dificultad ha tenido en las áreas específicas del funcionamiento durante los últimos 30 días.

Instrucciones para la puntuación de la WHODAS 2.0 proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Resumen de puntuación de la WHODAS 2.0. Existen dos opciones básicas para computar el resumen de las puntuaciones de la WHODAS 2.0 versión de 36 ítems.

Simple: las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems: (1) ninguna, (2) leve, (3) moderada, (4) grave y (5) extrema, se suman. Este método se denomina simple porque las puntuaciones de cada ítem simplemente se suman sin recodificar ni combinar las categorías de respuestas; por tanto, los ítems individuales no se ponderan de forma distinta. Este abordaje es práctico para utilizarlo para puntuar a mano, y puede ser el método de elección en los centros clínicos atareados o en las entrevistas donde se utilice el lápiz y papel. De ahí que la simple suma de las puntuaciones de los ítems de los diferentes dominios constituya un dato que es suficiente para describir el grado de limitaciones funcionales.

Compleja: el método más complejo de puntuación se denomina "teoría de respuesta al ítem" (TRI) basada en la puntuación. Tiene en cuenta múltiples niveles de dificultad para cada ítem de la WHODAS 2.0. Considera por separado la codificación para cada respuesta a un ítem como ninguna, leve, moderada, severa y extrema, y después utiliza un ordenador para determinar el resumen de las puntuaciones ponderando de forma diferentes los ítems y los niveles de gravedad. El programa de ordenador está disponible en la página web de la OMS. La puntuación tiene 3 fases:

- Fase 1: se suman las puntuaciones de los ítems recodificados en cada dominio.
- Fase 2: se suman las puntuaciones de los seis dominios.
- Fase 3: se convierte la puntuación de la suma en una escala métrica que va del 0 al 100 (donde 0 = sin discapacidad y 100 = discapacidad total).

Las puntuaciones de los dominios de la WHODAS 2.0. La WHODAS 2.0 produce unas puntuaciones específicas de dominio para los seis diferentes dominios: la cognición, la movilidad, el autocuidado, la relación con los otros, las actividades de la vida diaria (los quehaceres domésticos y el trabajo/escuela) y la participación.

Puntuaciones normales poblacionales de la WHODAS 2.0. Para tener las puntuaciones normales poblacionales basadas en la TRI de la WHODAS 2.0 y para la distribución en la población de las puntuaciones basadas en la TRI de la WHODAS 2.0, por favor, véase www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf.

Guía adicional para la puntuación e interpretación para los usuarios del DSM-5

Se pide al clínico que revise la respuesta del individuo en cada ítem de la medida durante la entrevista clínica y que indique la puntuación autoadministrada de cada ítem en la sección denominada "solamente para uso clínico". Sin embargo, si el clínico determina que la puntuación de un ítem debería

ser diferente basándose en la entrevista clínica y en otra información disponible, él o ella pueden indicar la puntuación corregida en el lugar de puntuación del ítem. Basándose en los hallazgos de los estudios de campo del DSM-5 en muestras de pacientes adultos en seis centros de Estados Unidos y uno de Canadá, *el DSM-5 recomienda el cálculo y el uso del promedio de las puntuaciones para cada dominio y para la discapacidad general*. El promedio de las puntuaciones es comparable a la escala de 5 puntos de la WHODAS, la cual permite al clínico pensar en la discapacidad del individuo en términos de (1) ninguna, (2) leve, (3) moderada, (4) severa y (5) extrema. Las puntuaciones promedio por dominio y de discapacidad general se describieron como fiables, fáciles de usar y clínicamente útiles para los clínicos en los estudios de campo del DSM-5. La *puntuación promedio por dominio* se calcula dividiendo la puntuación de cada dominio entre el número de ítems del dominio (p. ej., si todos los ítems del dominio "comprensión y comunicación" se puntúan como moderados, entonces la puntuación promedio del dominio será 18/6 = 3, indicando una discapacidad moderada). La *puntuación promedio de la discapacidad general* se calcula dividiendo la puntuación total por el número de ítems de la medida (es decir, 36). Se debe animar al individuo a que complete todos los ítems de la WHODAS 2.0. Si no se responden 10 o más ítems de la medida (es decir, más del 25 % del total de 36 ítems), podría no ser útil el cálculo de las puntuaciones simples y del promedio de la discapacidad general. Si no se contestan 10 o más del total de los ítems de la medida, pero están completos los ítems para algunos de los dominios en un 75-100 %, se podrían usar las puntuaciones simples o el promedio del dominio para esos dominios.

Frecuencia de uso. Para seguir el curso del nivel de discapacidad del individuo a lo largo del tiempo, la medida se puede completar a los intervalos regulares que sean clínicamente indicados, dependiendo de la estabilidad de los síntomas del individuo y del estado del tratamiento. Las puntuaciones altas de una forma consistente en un dominio particular pueden indicar que existen áreas problemáticas y significativas para el individuo que podrían justificar una posterior y más exhaustiva evaluación e intervención.

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Nombre del paciente: ______________________ **Edad:** _____ **Sexo:** ❑ Hombre ❑ Mujer **Fecha:** __________

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

							Para uso del clínico exclusivamente		
Escala numérica para cada item		1	3	3	4	5	Puntuación bruta del ítem	Puntuación bruta del dominio	Puntuación promedio del dominio
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:									
Comprensión y Comunicación									
D1.1	¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D1.2	¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema puede hacerlo			
D1.3	¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		30	5
D1.5	¿Entender en general lo que dice la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D1.6	¿Iniciar o mantener una conversación?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)									
D2.1	¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D2.2	¿Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D2.3	¿Moverse dentro de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		25	5
D2.4	¿Salir de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Cuidado personal									
D3.1	¿Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D3.2	¿Vestirse?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D3.3	¿Comer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		20	5
D3.4	¿Estar solo(a) durante unos días?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Relacionarse con otras personas									
D4.1	¿Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D4.2	¿Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D4.3	¿Llevarse bien con personas cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		25	5
D4.4	¿Hacer nuevos amigos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D4.5	¿Tener relaciones sexuales?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			

							Para uso del clínico exclusivamente		
Escala numérica para cada ítem		1	3	3	4	5	Puntuación bruta del ítem	Puntuación bruta del dominio	Puntuación promedio del dominio
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:									
Actividades de la vida diaria									
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.2	¿Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.3	¿Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		20	5
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Trabajo y actividades escolares									
Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1									
Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para									
D5.5	¿Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.6	¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.7	¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		20	5
D5.8	¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Participación en Sociedad									
En los últimos 30 días:									
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.4	¿Cuánto tiempo ha dedicado a su «condición de salud» o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo		40	5
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su «condición de salud»?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido usted o su familia su «condición de salud»?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
						Puntuación general de discapacidad (Total)		180	5

H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

<= Ir al Índice

Formulación cultural

Comprender el contexto cultural en el que se experimenta la enfermedad es esencial para una evaluación diagnóstica y un manejo clínico eficaces. *Cultura* se refiere a los sistemas de conocimientos, conceptos, normas y prácticas que se aprenden y transmiten a través de las generaciones. La cultura incluye la lengua, la religión y la espiritualidad, las estructuras familiares, las fases de los ciclos vitales, los ritos ceremoniales y las costumbres, además de los sistemas morales y legales. Las culturas son sistemas abiertos y dinámicos que experimentan continuos cambios a lo largo del tiempo; en el mundo contemporáneo, la mayoría de los individuos y grupos están expuestos a múltiples culturas, que utilizan para conformar sus propias identidades y comprender sus experiencias. Estas características de la cultura hacen que sea fundamental no generalizar en exceso la información cultural o estereotipar a determinados grupos en base a rasgos culturales fijos.

Raza es una categoría de identidad construida culturalmente que divide a la humanidad en grupos basándose en una serie de rasgos físicos superficiales atribuidos a unas hipotéticas características biológicas intrínsecas. Las categorías y constructos raciales han variado ampliamente a lo largo de la historia y en las diferentes sociedades. El constructo de raza no tiene una definición biológica consistente, pero es importante socialmente porque sustenta las ideologías racistas, el racismo, la discriminación y la exclusión social, que pueden tener efectos muy negativos sobre la salud mental. Hay evidencia de que el racismo puede exacerbar muchos trastornos psiquiátricos, contribuyendo a un peor pronóstico, y que los sesgos raciales pueden afectar a la evaluación diagnóstica.

Etnia es una identidad de grupo construida culturalmente que se utiliza para definir pueblos y comunidades. Puede estar arraigada en una historia, geografía, lengua o religión común, o en otra característica compartida por el grupo, que lo distingue de otros. La etnia puede estar asignada por uno mismo o ser atribuida por terceros. El aumento de la movilidad, los matrimonios interraciales y la mezcla de culturas han definido nuevas identidades étnicas mixtas, múltiples o híbridas.

La cultura, la raza y la etnia están relacionadas con desigualdades económicas, racismo y discriminación que tienen como resultado disparidades en la salud. Las identidades culturales, étnicas y raciales pueden ser una fuente de fortaleza y apoyo grupal que aumente la resiliencia, pero también pueden conducir a conflictos psicológicos, interpersonales e intergeneracionales, o a dificultades de adaptación que requieran una evaluación diagnóstica.

Guía para la formulación cultural

La Guía para la formulación cultural que se introdujo en el DSM-IV proporcionó un marco para evaluar la información relacionada con las características culturales del problema de salud mental de un individuo, y cómo éste se relaciona con un contexto y una historia social y cultural. El DSM-5 no sólo incluye una versión actualizada de la guía, sino que también presenta una aproximación a la evaluación, utilizando la Entrevista de formulación cultural (EFC), que ha sido sometida a estudios de campo para determinar su utilidad diagnóstica entre los clínicos y su aceptabilidad entre los pacientes.

La Guía para la formulación cultural revisada requiere la evaluación sistemática de las siguientes categorías:

- **Identidad cultural del individuo:** describir los grupos de referencia raciales, étnicos o culturales del individuo que pueden influir en sus relaciones con otros, en su acceso a los recursos, y en sus

retos, conflictos o dificultades a lo largo del desarrollo y en la actualidad. Para los inmigrantes y las minorías raciales o étnicas, el grado y el tipo de relación tanto con la cultura de origen como con la cultura de la que se es huésped o la cultura mayoritaria deben anotarse por separado. Las habilidades, preferencias y patrones de uso lingüísticos son relevantes para identificar las dificultades en el acceso a los cuidados, la integración social y la necesidad de un intérprete. Otros aspectos clínicamente relevantes de la identidad pueden incluir la filiación religiosa, el entorno socioeconómico, los lugares de nacimiento y crecimiento personales y familiares, la condición de emigrante y la orientación sexual.

- **Conceptualizaciones culturales del malestar:** describir los constructos culturales que influyen en cómo el individuo experimenta, comprende y comunica sus síntomas o problemas a otros. Estos constructos pueden incluir síndromes culturales, expresiones de malestar, y modelos explicativos o causas percibidas. El nivel de gravedad y el significado de las experiencias causantes de sufrimiento deben valorarse en relación a las normas del grupo cultural de referencia. La evaluación de los patrones de afrontamiento y búsqueda de ayuda debe tener en cuenta el uso de proveedores de asistencia profesionales, y también tradicionales, alternativos o complementarios.
- **Factores de estrés y rasgos culturales de vulnerabilidad y resiliencia:** identificar los factores de estrés y de apoyo en el ambiente social del individuo (que puede incluir acontecimientos tanto locales como distantes), y el papel que juegan la religión, la familia y otras redes sociales (p. ej., los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo) en la provisión de apoyo emocional, instrumental e informativo. Los factores de estrés social y los apoyos sociales varían con las interpretaciones culturales de los acontecimientos, la estructura familiar, las tareas del desarrollo y los contextos sociales. Los niveles de funcionamiento, discapacidad y resiliencia se deben evaluar a la luz de los grupos de referencia cultural del individuo.
- **Elementos culturales de la relación entre individuo y clínico:** identificar las diferencias en la cultura, la lengua y el estatus social entre el individuo y el clínico que pueden causar dificultades en la comunicación y pueden influir en el diagnóstico y el tratamiento. Experimentar racismo y discriminación en la sociedad en general puede impedir que se establezca confianza y seguridad durante el encuentro para realizar el diagnóstico clínico. Algunas consecuencias podrían ser que haya problemas para que refieran sus síntomas, una interpretación errónea de la significación cultural y clínica de los síntomas y comportamientos, y que haya dificultades para establecer o mantener la relación necesaria para conseguir una alianza clínica eficaz.
- **Evaluación cultural global:** resumir las implicaciones para el diagnóstico de los componentes de la formulación cultural identificados en las anteriores secciones de la guía y otros aspectos o problemas clínicamente relevantes, así como las intervenciones apropiadas de manejo y tratamiento.

Entrevista de formulación cultural (EFC)

La Entrevista de formulación cultural (EFC) es una serie de 16 preguntas que pueden utilizar los clínicos durante el transcurso de la valoración de la salud mental para obtener información sobre el impacto de la cultura en aspectos clave de la presentación clínica y la asistencia a un individuo. En la EFC, *cultura* se refiere a:

- Los valores, orientaciones, conocimiento y prácticas que se derivan de la pertenencia del individuo a diversos grupos sociales (p. ej., grupos étnicos, comunidades creyentes, grupos laborales, grupos de veteranos).
- Aspectos del ambiente, experiencias del desarrollo y contextos sociales actuales del individuo que pueden afectar su perspectiva, como el origen geográfico, la emigración, la lengua, la religión, la orientación sexual o la raza/etnia.
- La influencia de la familia, los amigos y otros miembros de la comunidad (la *red social* del individuo) en la experiencia de la enfermedad que tiene el individuo.

La EFC es una breve entrevista semiestructurada para la evaluación sistemática de factores culturales durante el encuentro clínico que puede ser utilizada con cualquier individuo. La EFC se centra en la experiencia del individuo y en los contextos sociales del problema clínico. La aproximación a la evaluación cultural que sigue la EFC está centrada en la persona, obteniendo información del individuo acerca de su punto de vista y de otras personas de su red social. Este abordaje está diseñado para evitar estereotipar, ya que los conocimientos culturales de cada individuo influyen sobre cómo interpreta la experiencia de la enfermedad, y guían su manera de buscar ayuda. Puesto que la EFC está basada en las opiniones personales del individuo, no hay respuestas correctas o erróneas a las preguntas. La entrevista aparece a continuación y está disponible *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

La EFC se presenta en un formato de 2 columnas de texto. La columna de la izquierda contiene las instrucciones para administrar la EFC y describe los objetivos para cada dominio de la entrevista. Las preguntas de la columna de la derecha ilustran cómo explorar esos dominios, pero no pretenden ser exhaustivas. Puede ser necesario hacer preguntas posteriores para clarificar las respuestas de los individuos. Las preguntas pueden reformularse en caso necesario. La EFC pretende ser una guía para la evaluación cultural y debe ser utilizada de manera flexible para mantener la fluidez natural de la entrevista y la relación con el individuo.

Lo mejor es utilizar la EFC junto con la información demográfica obtenida antes de la entrevista para poder adaptar las preguntas de la EFC a los antecedentes y a la situación actual del individuo. Los dominios demográficos específicos a explorar con la EFC dependerán del individuo y del contexto. Una evaluación completa puede incluir el lugar de nacimiento, la edad, el género, el origen racial/étnico, el estado civil, la composición familiar, la educación, la fluidez lingüística, la orientación sexual, la filiación religiosa o espiritual, la actividad laboral, el empleo, la renta y los antecedentes migratorios.

La EFC puede utilizarse en la evaluación inicial de individuos en cualquier ámbito clínico, independientemente del entorno cultural del individuo o del clínico. Individuos y clínicos que parecen compartir el mismo entorno cultural pueden sin embargo presentar diferencias en aspectos relevantes para la asistencia. La EFC puede ser utilizada en su forma completa, o se pueden incorporar algunos de sus componentes a la evaluación clínica en función de las necesidades. La EFC puede ser especialmente útil cuando hay:

- Dificultades en la evaluación diagnóstica debidas a diferencias significativas en el entorno cultural, religioso o socioeconómico del clínico y del individuo.
- Dudas acerca del ajuste entre síntomas culturalmente característicos y criterios diagnósticos.
- Dificultades para valorar la gravedad de la enfermedad o la discapacidad.
- Discrepancias entre el individuo y el clínico en cuanto al plan de cuidados.
- Escasa implicación y adherencia al tratamiento por parte del individuo.

La EFC se centra en 4 dominios de evaluación: definición cultural del problema (preguntas 1-3), percepciones culturales de la causa, el contexto y el apoyo (preguntas 4-10), factores culturales que afectan al afrontamiento personal y la búsqueda de ayuda en el pasado (preguntas 11-13), y factores culturales que afectan a la búsqueda de ayuda en la actualidad (preguntas 14-16). Tanto el proceso de realizar la EFC centrado en la persona como la información que de ella se obtiene pretenden mejorar la validez cultural de la evaluación diagnóstica, facilitar la planificación de los tratamientos y promover la implicación y satisfacción del individuo. Para alcanzar estos objetivos, la información obtenida de la EFC debe integrarse con el resto del material clínico disponible para conformar una evaluación clínica y contextual completa. Se puede utilizar una versión de la EFC para informantes para recoger información colateral sobre los dominios de la EFC de los familiares o cuidadores.

Se han desarrollado módulos suplementarios que amplían cada dominio de la EFC y guían a los clínicos que quieren explorar estos dominios en más profundidad. También se han desarrollado módulos suplementarios para grupos de población específicos, como los niños y los adolescentes, los ancianos, y los inmigrantes y refugiados. Estos módulos suplementarios están referenciados bajo los epígrafes correspondientes, y están disponibles *online* en www.medicapanamericana.com/dsm5/.

Entrevista de formulación cultural (EFC)

Los módulos suplementarios utilizados para ampliar cada subdominio de la EFC aparecen anotados entre paréntesis.

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	**LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR APARECEN *EN CURSIVA***
Las siguientes preguntas pretenden clarificar aspectos clave del problema clínico presentado desde el punto de vista del individuo y de otros miembros de la red social del individuo (es decir, la familia, los amigos u otras personas implicadas en el problema actual). Esto incluye el significado del problema, los potenciales proveedores de ayuda y las expectativas de asistencia.	*INTRODUCCIÓN PARA EL INDIVIDUO:* Me gustaría comprender los problemas que le traen aquí para poder ayudarle de manera más eficaz. Me gustaría saber de ***su*** experiencia e ideas. Le haré algunas preguntas acerca de lo que está sucediendo y cómo lo está manejando. Por favor, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA

Definición Cultural del Problema

(Modelo explicativo, nivel de funcionamiento)

Obtener el punto de vista del individuo acerca de sus problemas fundamentales y preocupaciones clave. *Centrarse en la manera que tiene el propio individuo de entender el problema.* *Utilizar el término, expresión o la breve descripción obtenida en la pregunta 1 para identificar el problema en las preguntas subsiguientes (p. ej., "su conflicto con su hijo").*	1. ¿Qué le hace venir aquí hoy? *SI EL INDIVIDUO DA POCOS DETALLES O SÓLO MENCIONA SÍNTOMAS O UN DIAGNÓSTICO MÉDICO, INDAGAR:* La gente a menudo entiende sus problemas a su manera, que puede ser parecida o diferente de cómo los médicos describen el problema. ¿Cómo describiría *usted* su problema?
Preguntar cómo encuadra el individuo el problema para los miembros de su red social.	2. A veces la gente describe su problema de diferentes maneras a su familia, amigos u otras personas de su comunidad. ¿Cómo les describiría usted su problema?
Centrarse en los aspectos del problema que más le importan al individuo.	3. ¿Qué le preocupa más de su problema?

PERCEPCIONES CULTURALES DE LA CAUSA, EL CONTEXTO Y EL APOYO

Causas

(Modelo explicativo, red social, ancianos)

Esta pregunta aborda el significado que tiene la afección para el individuo, lo que puede ser relevante para la asistencia clínica. *Nótese que los individuos pueden identificar múltiples causas, dependiendo de la faceta del problema que estén considerando.*	4. ¿Por qué cree que le está sucediendo esto? ¿Cuáles cree que son las causas de su [PROBLEMA]? *SI ES NECESARIO, DAR PIE PARA CONTINUAR:* Algunas personas pueden explicar su problema como resultado de las cosas negativas que le suceden en su vida, de los problemas con otras personas, de una enfermedad física, de un motivo espiritual o de muchas otras causas.
Centrarse en el punto de vista de los miembros de la red social del individuo. Éstos pueden ser diversos y diferentes de los del individuo.	5. ¿Qué piensan su familia, sus amigos u otras personas de su comunidad que está causando su [PROBLEMA]?

Entrevista de formulación cultural (EFC) *(continuación)*

Los módulos suplementarios utilizados para ampliar cada subdominio de la EFC aparecen anotados entre paréntesis.

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	**LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR APARECEN *EN CURSIVA***

FACTORES DE ESTRÉS Y DE APOYO

(Red social, cuidadores, factores de estrés psicosocial, religión y espiritualidad, inmigrantes y refugiados, identidad cultural, ancianos, afrontamiento y búsqueda de ayuda

Obtener información acerca del contexto vital del individuo, centrándose en los recursos, los apoyos sociales y la resiliencia. También se puede indagar acerca de otros apoyos (p. ej., de compañeros de trabajo, de la participación religiosa o espiritual).

6. ¿Hay algún tipo de apoyo que mejore su [PROBLEMA], como el apoyo de la familia, los amigos u otros?

Centrarse en los aspectos estresantes del entorno del individuo. También se puede indagar acerca de, p. ej., los problemas de relación, las dificultades en el trabajo o el colegio, o la discriminación.

7. ¿Hay algún tipo de estrés que empeore su [PROBLEMA], como las dificultades económicas o los problemas familiares?

PAPEL DE LA IDENTIDAD CULTURAL

(Identidad cultural, factores de estrés psicosocial, religión y espiritualidad, inmigrantes y refugiados, ancianos, niños y adolescentes)

A veces hay aspectos del contexto o la identidad de las personas que pueden mejorar o empeorar su [PROBLEMA]. Por ***contexto*** o ***identidad*** me refiero, por ejemplo, a las comunidades a las que pertenece, los idiomas que habla, los lugares de los que proceden usted o su familia, su raza u origen étnico, su género u orientación sexual, o su fe o religión.

Pedir al individuo que haga una reflexión sobre los elementos más destacados de su identidad cultural. Utilizar esta información para adaptar las preguntas 9-10 según sea necesario.

8. Para usted, ¿cuáles son los aspectos más importantes de su contexto o identidad?

Obtener información acerca de aspectos de la identidad cultural que mejoran o empeoran el problema.

Indagar según sea necesario (p. ej., un empeoramiento clínico como resultado de la discriminación debida a la condición de inmigrante, la raza/etnia o la orientación sexual).

9. ¿Hay algún aspecto de su contexto o identidad que suponga una diferencia para su [PROBLEMA]?

Indagar según sea necesario (p. ej., los problemas relacionados con la emigración, conflictos intergeneracionales o debidos a los roles de género).

10. ¿Hay algún aspecto de su contexto o identidad que le esté causando otras preocupaciones o dificultades?

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN AL AFRONTAMIENTO PERSONAL Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL PASADO

AFRONTAMIENTO PERSONAL

(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, religión y espiritualidad, ancianos, cuidadores, factores de estrés psicosocial)

Clarificar el afrontamiento personal del problema.

11. A veces las personas tienen maneras diferentes de afrontar los problemas como [PROBLEMA]. ¿Qué ha hecho usted por sí mismo para afrontar su [PROBLEMA]?

Entrevista de formulación cultural (EFC) *(continuación)*

Los módulos suplementarios utilizados para ampliar cada subdominio de la EFC aparecen anotados entre paréntesis.

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	**LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR APARECEN *EN CURSIVA***
BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL PASADO	
(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, religión y espiritualidad, ancianos, cuidadores, factores de estrés psicosocial, inmigrantes y refugiados, red social, relación clínico-paciente)	
Obtener información acerca de diferentes fuentes de ayuda (p. ej., asistencia médica, tratamiento de salud mental, grupos de apoyo, asesoramiento laboral, curandería, asesoramiento religioso o espiritual, otras formas de sanación tradicional o alternativa).	12. A menudo las personas buscan ayuda de muchas fuentes diferentes, incluyendo distintos tipos de médicos, asistentes o sanadores. En el pasado, ¿qué tipos de tratamiento, ayuda, consejos o sanaciones ha buscado para su [PROBLEMA]?
Indagar según sea necesario (p. ej., "¿Qué otras fuentes de ayuda ha utilizado?").	*SI NO DESCRIBE LA UTILIDAD DE LA AYUDA RECIBIDA, INDAGAR:*
Clarificar la experiencia y opinión del individuo acerca de la ayuda previa.	¿Qué tipos de ayuda o tratamiento le resultaron más útiles? ¿Cuáles no resultaron útiles?
OBSTÁCULOS	
(Afrontamiento y búsqueda de ayuda, religión y espiritualidad, ancianos, factores de estrés psicosocial, inmigrantes y refugiados, red social, relación clínico-paciente)	
Clarificar el papel de las barreras sociales para buscar ayuda, acceder a la asistencia, y en los problemas para implicarse en tratamientos previos.	13. ¿Hay algo que haya evitado que obtenga la ayuda que necesita? *INDAGAR SEGÚN SEA NECESARIO:*
Indagar acerca de los detalles según sea necesario (p. ej., "¿Qué obstáculos encontró?").	Por ejemplo, ¿el dinero, los compromisos laborales o familiares, el estigma o la discriminación, o la ausencia de servicios que comprendan su idioma o contexto?
FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN A LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA ACTUALIDAD	
PREFERENCIAS	
(Red social, cuidadores, religión y espiritualidad, ancianos, afrontamiento y búsqueda de ayuda)	
Clarificar las necesidades actuales percibidas por el individuo y sus expectativas de ayuda, en términos generales.	Ahora hablemos un poco más sobre la ayuda que necesita.
Si el individuo únicamente menciona una fuente de ayuda, seguir indagando (p. ej., "¿Qué otros tipos de ayuda le resultarían útiles en este momento?").	14. ¿Qué tipos de ayuda cree que le resultarían más útiles en este momento para su [PROBLEMA]?
Centrarse en el punto de vista que tiene la red social en relación a la búsqueda de ayuda.	15. ¿Hay otros tipos de ayuda que su familia, amigos, u otras personas le han sugerido que le ayudarían en este momento?
RELACIÓN CLÍNICO-PACIENTE	
(Relación clínico-paciente, ancianos)	
Recoger las posibles preocupaciones acerca de la clínica o la relación clínico-paciente, incluyendo el racismo percibido, las barreras lingüísticas, o las diferencias culturales que pueden minar la buena voluntad, la comunicación o la provisión de asistencia.	A veces los médicos y los pacientes no se entienden bien porque provienen de contextos diferentes o tienen expectativas distintas.
Indagar acerca de los detalles según sea necesario (p. ej., "¿De qué manera?").	16. ¿Ha estado usted preocupado por esto, y hay algo que podamos hacer para proporcionarle la asistencia que necesita?
Abordar las posibles barreras a la asistencia o las preocupaciones acerca de la clínica y la relación clínico-paciente que surgieron anteriormente).	

Entrevista de formulación cultural (EFC), versión para informantes

La versión para informantes de la EFC recoge información colateral de un informante que tiene conocimiento de los problemas clínicos y las circunstancias vitales del individuo identificado. Se puede utilizar esta versión para complementar la información obtenida de la EFC básica, o se puede utilizar en lugar de la EFC básica cuando el individuo sea incapaz de aportar información (esto puede ocurrir, por ejemplo, con los niños o adolescentes, los individuos con una psicosis florida o las personas con deterioro cognitivo).

Entrevista de formulación cultural (EFC), versión para informantes

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	**LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR APARECEN *EN CURSIVA***
Las siguientes preguntas pretenden clarificar aspectos clave del problema clínico presentado desde el punto de vista informante. Esto incluye el significado del problema, las potenciales fuentes de ayuda y las expectativas de asistencia.	*INTRODUCCIÓN PARA EL INFORMANTE:* Me gustaría comprender los problemas que traen aquí a su familiar/amigo/a para poder ayudarle a usted y a él/ella de manera más eficaz. Me gustaría saber de ***su*** experiencia e ideas. Le haré algunas preguntas acerca de lo que está sucediendo y cómo usted y su familiar/amigo/a lo está manejando. No hay respuestas correctas o incorrectas.
RELACIÓN CON EL PACIENTE	
Clarificar la relación del informante con el individuo o con su familia.	1. ¿Cómo describiría su relación con [EL INDIVIDUO O SU FAMILIA]? *INDAGAR SI NO QUEDA CLARO:* ¿Con qué frecuencia ve a [INDIVIDUO]?
DEFINICIÓN CULTURAL DEL PROBLEMA	
Obtener el punto de vista del informante acerca de los problemas fundamentales y preocupaciones clave. *Centrarse en la manera que tiene el informante de entender el problema del individuo.* *Utilizar el término, expresión o la breve descripción obtenida en la pregunta 1 para identificar el problema en las preguntas subsiguientes (p. ej., "el conflicto con su hijo").*	2. ¿Qué le hace a su familiar/amigo/a venir hoy aquí? *SI EL INFORMANTE DA POCOS DETALLES O SÓLO MENCIONA SÍNTOMAS O UN DIAGNÓSTICO MÉDICO, INDAGAR:* La gente a menudo entiende sus problemas a su manera, que puede ser parecida o diferente de cómo los médicos describen el problema. ¿Cómo describiría ***usted*** el problema de [INDIVIDUO]?
Preguntar cómo encuadra el informante el problema para los miembros de su red social.	3. A veces la gente describe su problema de diferentes maneras a su familia, amigos u otras personas de su comunidad. ¿Cómo les describiría ***usted*** el problema de [INDIVIDUO]?
Centrarse en los aspectos del problema que más le importan al informante.	4. ¿Qué le preocupa más del problema de [INDIVIDUO]?

Entrevista de formulación cultural (EFC), versión para informantes *(continuación)*

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	**LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR APARECEN *EN CURSIVA***
PERCEPCIONES CULTURALES DE LA CAUSA, EL CONTEXTO Y EL APOYO	
CAUSAS	
Esta pregunta aborda el significado que tiene la afección para el informante, lo que puede ser relevante para la asistencia clínica. *Nótese que los informantes pueden identificar múltiples causas, dependiendo de la faceta del problema que estén considerando.* *Centrarse en el punto de vista de los miembros de la red social del individuo. Éstos pueden ser diversos y diferentes de los del informante.*	5. ¿Por qué cree que le está sucediendo esto a [INDIVIDUO]? ¿Cuáles cree que son las causas de su [PROBLEMA]? *SI ES NECESARIO, DAR PIE PARA CONTINUAR:* Algunas personas pueden explicar el problema como resultado de las cosas negativas que suceden en su vida, los problemas con otras personas, una enfermedad física, un motivo espiritual o de muchas otras causas. 6. ¿Qué piensan otras personas de la familia, amigos u otros miembros de la comunidad de [INDIVIDUO] que está causando el [PROBLEMA] de [INDIVIDUO]?
FACTORES DE ESTRÉS Y DE APOYO	
Obtener información acerca del contexto vital del individuo, centrándose en los recursos, los apoyos sociales y la resiliencia. También se puede indagar acerca de otros apoyos (p. ej., de compañeros de trabajo, de la participación religiosa o espiritual).	7. ¿Hay algún tipo de apoyo que mejore el [PROBLEMA], como el apoyo de la familia, los amigos u otros?
Centrarse en los aspectos estresantes del entorno del individuo. También se puede indagar acerca de, p. ej., los problemas de relación, las dificultades en el trabajo o el colegio, o la discriminación.	8. ¿Hay algún tipo de estrés que empeore el [PROBLEMA], como las dificultades económicas o los problemas familiares?
PAPEL DE LA IDENTIDAD CULTURAL	
	A veces hay aspectos del contexto o la identidad de las personas que pueden mejorar o empeorar el [PROBLEMA]. Por ***contexto*** o ***identidad*** me refiero, por ejemplo, a las comunidades a las que pertenece, los idiomas que habla, los lugares de los que proceden usted o su familia, su raza u origen étnico, su género u orientación sexual, o su fe o religión.
Pedir al informante que haga una reflexión sobre los elementos más destacados de la identidad cultural del individuo. Utilizar esta información para adaptar las preguntas 10-11 según sea necesario.	9. Para usted, ¿cuáles son los aspectos más importantes del contexto o identidad de [INDIVIDUO]?
Obtener información acerca de aspectos de la identidad cultural que mejoran o empeoran el problema. *Indagar según sea necesario (p. ej., un empeoramiento clínico como resultado de la discriminación debida a la condición de inmigrante, la raza/etnia o la orientación sexual).*	10. ¿Hay algún aspecto del contexto o identidad de [INDIVIDUO] que suponga una diferencia para su [PROBLEMA]?
Indagar según sea necesario (p. ej., los problemas relacionados con la emigración, conflictos intergeneracionales o debidos a los roles de género).	11. ¿Hay algún aspecto del contexto o identidad de [INDIVIDUO] que le esté causando otras preocupaciones o dificultades?

Entrevista de formulación cultural (EFC), versión para informantes *(continuación)*

GUÍA PARA EL ENTREVISTADOR	**LAS INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR APARECEN *EN CURSIVA***

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN AL AFRONTAMIENTO PERSONAL Y LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL PASADO

AFRONTAMIENTO PERSONAL

Clarificar el afrontamiento personal del problema que realiza [INDIVIDUO].

12. A veces las personas tienen maneras diferentes de afrontar problemas como [PROBLEMA]. ¿Qué ha hecho [INDIVIDUO] por sí mismo para afrontar su [PROBLEMA]?

BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL PASADO

Obtener información acerca de las diferentes fuentes de ayuda (p. ej., asistencia médica, tratamiento de salud mental, grupos de apoyo, asesoramiento laboral, curandería, asesoramiento religioso o espiritual, otras formas de sanación tradicional o alternativa).

Indagar según sea necesario (p. ej., "¿Qué otras fuentes de ayuda ha utilizado?").

Clarificar la experiencia y la opinión del individuo acerca de la ayuda previa.

13. A menudo las personas buscan ayuda de muchas fuentes diferentes, incluyendo distintos tipos de médicos, asistentes o sanadores. En el pasado, ¿qué tipos de tratamiento, ayuda, consejos o sanaciones ha buscado [INDIVIDUO] para su [PROBLEMA]?

    SI NO DESCRIBE LA UTILIDAD DE LA AYUDA RECIBIDA, INDAGAR:

    ¿Qué tipos de ayuda o tratamiento le resultaron más útiles? ¿Cuáles no resultaron útiles?

OBSTÁCULOS

Clarificar el papel de las barreras sociales para buscar ayuda, acceder a la asistencia, y en los problemas para implicarse en tratamientos previos.

Indagar acerca de los detalles según sea necesario (p. ej., "¿Qué obstáculos encontró?").

14. ¿Hay algo que haya evitado que [INDIVIDUO] obtenga la ayuda que necesita?

    INDAGAR SEGÚN SEA NECESARIO:

    Por ejemplo, ¿el dinero, los compromisos laborales o familiares, el estigma o la discriminación, o la ausencia de servicios que comprendan su idioma o contexto?

FACTORES CULTURALES QUE AFECTAN A LA BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA ACTUALIDAD

PREFERENCIAS

Clarificar las necesidades actuales percibidas por el individuo y sus expectativas de ayuda, en términos generales, desde el punto de vista del informante.

Si el informante únicamente menciona una fuente de ayuda, seguir indagando (p. ej., "¿Qué otros tipos de ayuda le resultarían útiles a [INDIVIDUO] *en este momento?").*

Centrarse en el punto de vista que tiene la red social en relación a la búsqueda de ayuda.

Ahora hablemos un poco más sobre la ayuda que necesita [INDIVIDUO].

15. ¿Qué tipos de ayuda cree que le resultarían más útiles en este momento a [INDIVIDUO] para su [PROBLEMA]?
16. ¿Hay otros tipos de ayuda que la familia, amigos u otras personas le han sugerido a [INDIVIDUO] que le podrían ayudar en este momento?

RELACIÓN CLÍNICO-PACIENTE

Recoger posibles preocupaciones acerca de la clínica o la relación clínico-paciente, incluyendo el racismo percibido, las barreras lingüísticas, o las diferencias culturales que pueden minar la buena voluntad, la comunicación o la provisión de asistencia.

Indagar acerca de los detalles según sea necesario (p. ej., "¿De qué manera?").

Abordar las posibles barreras a la asistencia o las preocupaciones acerca de la clínica y la relación clínico-paciente que surgieron anteriormente).

A veces los médicos y los pacientes no se entienden bien porque provienen de contextos diferentes o tienen expectativas distintas.

17. ¿Ha estado usted preocupado por esto, y hay algo que podamos hacer para proporcionarle a [INDIVIDUO] la asistencia que necesita?

Conceptos culturales del malestar

Los *conceptos culturales del malestar* son las maneras en las que los grupos culturales experimentan, entienden y comunican el sufrimiento, los problemas comportamentales, o los pensamientos y las emociones perturbadores. Pueden distinguirse tres tipos de conceptos culturales principales. Los *síndromes culturales* son agrupaciones de síntomas y atribuciones que tienden a concurrir en los individuos de los grupos culturales, las comunidades o los contextos específicos, y que se reconocen a nivel local como patrones de experiencia coherentes. Las *expresiones culturales de malestar* son formas de expresar el malestar que pueden no corresponderse con síntomas o síndrome específicos, pero que pueden proporcionar formas colectivas y compartidas de experimentar y hablar de las preocupaciones personales o sociales. Por ejemplo, las expresiones cotidianas acerca de los "nervios" o de la "depresión" pueden hacer referencia a formas de malestar muy variadas, sin corresponderse con un conjunto concreto de síntomas, síndromes o trastornos. Las *explicaciones culturales* o *causas percibidas* son etiquetas, atribuciones o características de un modelo explicativo que indican un significado o etiología culturalmente reconocido para los síntomas, la enfermedad o el malestar.

Estos tres conceptos –síndromes, expresiones y explicaciones– tienen mayor relevancia para la práctica clínica que la antigua formulación de *síndrome dependiente de la cultura*. En concreto, la denominación *síndrome dependiente de la cultura* ignora el hecho de que las diferencias culturales con relevancia clínica a menudo tienen que ver con las explicaciones o con la experiencia del sufrimiento, y no con una configuración de síntomas culturalmente diferenciada. Además, el término *dependiente de la cultura* pone demasiado énfasis en las particularidades locales y en la limitada distribución de los conceptos culturales del malestar. La actual formulación reconoce que *todas* las formas de sufrimiento están moduladas localmente, incluyendo los trastornos del DSM-5. Desde este punto de vista, muchos diagnósticos DSM pueden ser entendidos como prototipos operativos que comenzaron como síndromes culturales y fueron ampliamente aceptados como resultado de su utilidad clínica y para la investigación. En los distintos grupos se mantienen patrones culturales diferentes en cuanto a síntomas, formas de hablar del malestar y causas percibidas localmente, que a su vez se asocian con las estrategias de afrontamiento y los patrones de búsqueda de ayuda.

Los conceptos culturales surgen de las gentes del lugar o de los sistemas profesionales de diagnóstico del malestar mental y emocional, y también pueden reflejar la influencia de los conceptos biomédicos. Los conceptos culturales tienen cuatro características clave en relación a la nosología del DSM-5:

- Raramente hay una correspondencia exacta de un concepto cultural con una entidad diagnóstica del DSM-5; es más probable que la correspondencia sea desde uno hasta muchos en cualquiera de las dos direcciones. Los síntomas o comportamientos que el DSM-5 clasificaría como varios trastornos pueden estar abarcados por un único concepto de uso popular, y diversas presentaciones que el DSM-5 clasificaría como variantes de un único trastorno pueden distinguirse como varios conceptos distintos por un sistema diagnóstico autóctono.
- Los conceptos culturales pueden aplicarse a un amplio rango de gravedad, incluyendo las formas de presentación que no cumplen los criterios DSM para ningún trastorno mental. Por ejemplo, un individuo con una pena aguda o con una dificultad social puede utilizar la misma expresión de malestar o presentar el mismo síndrome cultural que otro individuo con una psicopatología más grave.
- En su uso cotidiano, el mismo término cultural a menudo hace referencia a más de un tipo de concepto cultural. Un ejemplo que resulta familiar puede ser el concepto de "depresión", que puede ser utilizado para describir un síndrome (p. ej., un trastorno de depresión mayor), una expresión de malestar (p. ej., la expresión corriente "estoy deprimido") o una causa percibida (similar a "estrés").
- Como la cultura y el propio DSM, los conceptos culturales pueden cambiar a lo largo del tiempo en respuesta tanto a las influencias locales como globales.

Los conceptos culturales son importantes para el diagnóstico psiquiátrico por varios motivos:

- **Para evitar diagnósticos erróneos:** las variaciones culturales en los síntomas y en los modelos explicativos asociados a estos conceptos culturales pueden llevar a los clínicos a valorar incorrec-

tamente la gravedad de un problema o a asignar un diagnóstico equivocado (p. ej., las explicaciones espirituales poco familiares se pueden confundir con una psicosis).

- **Para obtener información de utilidad clínica:** las variaciones culturales en los síntomas y las atribuciones pueden asociarse con características particulares de riesgo, resiliencia y pronóstico.
- **Para mejorar el entendimiento clínico y la implicación:** "hablar el lenguaje del paciente", tanto lingüísticamente como en términos de sus conceptos y metáforas predominantes, puede tener como resultado una mayor comunicación y satisfacción, facilitar las negociaciones terapéuticas y llevar a una mayor continuidad y adherencia.
- **Para mejorar la eficacia terapéutica:** la cultura influye en los mecanismos psicológicos del trastorno, que deben ser comprendidos y abordados para mejorar la eficacia clínica. Por ejemplo, las cogniciones catastróficas culturalmente específicas pueden contribuir a una escalada de síntomas hasta llegar a los ataques de pánico.
- **Para guiar la investigación clínica:** las percepciones locales de las conexiones entre conceptos culturales pueden ayudar a identificar patrones de comorbilidad y los sustratos biológicos subyacentes.
- **Para clarificar la epidemiología cultural:** los conceptos culturales del malestar no se utilizan de manera uniforme por todos los integrantes de una determinada cultura. Distinguir entre síndromes, expresiones y explicaciones proporciona una manera de abordar el estudio de la distribución de las características culturales de la enfermedad en diferentes contextos y regiones, y a lo largo del tiempo. También sugiere preguntas acerca de los determinantes culturales de riesgo, curso y pronóstico en los ámbitos clínico y comunitario para mejorar la evidencia en la que se basa la investigación cultural.

El DSM-5 incluye información acerca de los conceptos culturales con la intención de que el diagnóstico sea más preciso y la evaluación clínica más completa. La evaluación clínica de los individuos que presentan estos conceptos culturales debería determinar si cumplen los criterios DSM-5 para un trastorno especificado, o para *otro diagnóstico especificado o no especificado*. Una vez que se diagnostica el trastorno, deben incluirse los términos y las explicaciones culturales en la formulación del caso, ya que pueden ayudar a clarificar los síntomas y atribuciones etiológicas que de otra manera podrían dar lugar a confusión. Puede que algunos individuos cuyos síntomas no cumplan los criterios DSM para un trastorno mental específico, aun así esperen y requieran tratamiento; esto se debería evaluar caso por caso. Además de la EFC y sus módulos suplementarios, el DSM-5 contiene la siguiente información y herramientas que pueden resultar útiles para integrar la información cultural en la práctica clínica:

- **Datos en los criterios y el texto del DSM-5 para los trastornos específicos:** el texto incluye información acerca de las variaciones culturales en la prevalencia, la sintomatología, los conceptos culturales asociados y otros aspectos clínicos. Es importante resaltar que, a nivel categorial, no hay una correspondencia exacta entre un trastorno del DSM-5 y un concepto cultural. Por lo tanto, en el diagnóstico diferencial de los individuos se debería incorporar información acerca de las variaciones culturales, utilizando la información obtenida mediante la EFC.
- **Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:** algunas de las cuestiones clínicas identificadas en la EFC pueden corresponderse con los códigos V o Z (por ejemplo, los problemas de aculturación, los problemas en la relación entre los padres e hijos, o los problemas religiosos o espirituales).
- **Glosario de conceptos culturales del malestar:** este glosario, ubicado en el Apéndice, proporciona ejemplos de conceptos culturales del malestar que han sido bien estudiados y que ilustran la relevancia de la información cultural para el diagnóstico clínico, y algunas de las relaciones entre los síndromes culturales, las expresiones de malestar y las explicaciones causales.

<= Ir al Índice

Modelo alternativo del DMS-5 para los trastornos de la personalidad

La perspectiva actual de los trastornos de la personalidad aparece en la Sección II del DSM-5 y lo que se presenta aquí, en la Sección III, es un modelo alternativo desarrollado para el DSM-5. La inclusión de ambos modelos en el DSM-5 refleja la decisión de los miembros del Consejo Asesor de la APA de preservar una continuidad con la práctica clínica actual, al tiempo que se introduce un nuevo enfoque que tiene como objetivo hacer frente a las numerosas deficiencias de la perspectiva actual de los trastornos de la personalidad. Por ejemplo, el problema que surge cuando un paciente reúne a la vez los criterios de varios trastornos de la personalidad. Del mismo modo, el trastorno de la personalidad no especificado u otro trastorno de la personalidad especificado suele ser la etiqueta diagnóstica más frecuente (correcta aunque poco informativa), en el sentido de que los pacientes no tienden a presentar los patrones de síntomas que corresponden con una categoría, y sólo una, de los trastorno de la personalidad.

En el siguiente modelo alternativo del DSM-5, los trastornos de la personalidad se caracterizan por dificultades en el *funcionamiento* de la personalidad y por *rasgos* de personalidad patológicos. Los diagnósticos específicos de trastornos de personalidad que pueden derivarse de este modelo son los trastornos de la personalidad antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica. Este enfoque también incluye un diagnóstico de trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER), que se puede realizar cuando se considera que existe un trastorno de la personalidad pero no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico.

Criterios generales del trastorno de la personalidad

Criterios generales del trastorno de la personalidad

Las características esenciales de un trastorno de la personalidad son:

A. Dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad (auto/interpersonal).
B. Uno o más rasgos patológicos de personalidad.
C. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente inflexibles y se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
D. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo son relativamente estables a través del tiempo, y se inician al menos en la adolescencia o en la edad adulta temprana.
E. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se explican mejor por otro trastorno mental.
F. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no son exclusivamente atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneoencefálico grave).
G. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de la personalidad del individuo no se conciben como normales para la etapa de desarrollo de la persona o para su contexto sociocultural.

El diagnóstico de un trastorno de la personalidad requiere dos valoraciones: 1) una evaluación del nivel de deterioro en el funcionamiento de la personalidad, que es necesario para el Criterio A, y 2) una evaluación de los rasgos de personalidad patológicos, que se requiere para el Criterio B. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad y la expresión del rasgo de personalidad son relativamente inflexibles y persistentes en una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio C), son relativamente estables en el tiempo, con un inicio que se remontan por lo menos a la adolescencia o edad adulta temprana (Criterio D), no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio E), no son atribuibles a los efectos de una sustancia u otra afección médica (Criterio F), y no se conciben como normales para la etapa de desarrollo del individuo o para su contexto sociocultural (Criterio G). Todos los trastornos de personalidad descritos en la Sección III por los conjuntos de criterios, así como por el TP-ER, cumplen por definición con estos criterios generales.

Criterio A: nivel de funcionamiento de la personalidad

Las dificultades en el funcionamiento **personal *(self)*** e **interpersonal** constituyen el núcleo de la psicopatología de la personalidad, y en este modelo de diagnóstico alternativo éstas se evalúan en un continuo. El funcionamiento con uno mismo implica la identidad y la autodirección, y el funcionamiento interpersonal incluye la empatía y la intimidad (véase la Tabla 1). La Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (*Level of Personality Functioning Scale-LPFS*, véase la Tabla 2, págs. 775-778) emplea cada uno de esos elementos para diferenciar cinco niveles de deterioro, que oscilan entre poco o ningún deterioro (es decir, un funcionamiento saludable y adaptativo, nivel 0), un deterioro leve (nivel 1), moderado (nivel 2), grave (nivel 3) y extremo (nivel 4).

TABLA 1 Elementos del funcionamiento de la personalidad

Self:

1. ***Identidad:*** La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.
2. ***Autodirección:*** Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales; capacidad de autorreflexionar productivamente.

Interpersonal:

1. ***Empatía:*** Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los efectos de la propia conducta en los demás.
2. ***Intimidad:*** La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal

La dificultad en el funcionamiento de la personalidad predice la presencia de un trastorno de la personalidad, y la gravedad del deterioro predice si un individuo tiene más de un trastorno de la personalidad o si sufre uno de los trastornos de personalidad típicamente más graves. Se requiere un nivel moderado de dificultad en el funcionamiento de la personalidad para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad; este umbral se basa en la evidencia empírica de que el nivel moderado de deterioro maximiza la capacidad de los clínicos para identificar con precisión y eficiencia la patología del trastorno de la personalidad.

Criterio B: rasgos patológicos de la personalidad

Los rasgos patológicos de personalidad se organizan en cinco grandes ámbitos: el afecto negativo, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. Estos cinco grandes **dominios** se componen de 25 **facetas de rasgos** específicos que se desarrollaron inicialmente a partir de una revisión de los modelos de rasgos existentes, y posteriormente a través de la investigación iterativa con muestras de personas que acudían a los servicios de salud mental. La taxonomía completa de los rasgos se presenta en la Tabla 3 (págs. 779 -781). El criterio B para los trastornos de la personalidad específicos comprenden los subconjun-

tos de rasgos de las 25 facetas, basados en las revisiones de metaanálisis y en los datos empíricos sobre las relaciones entre los rasgos y los diagnósticos de trastorno de la personalidad según el DSM-IV.

Criterios C y D: generalización y estabilidad

Los impedimentos del funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad patológicos se encuentran de forma relativamente generalizada a través de una variedad de contextos personales y sociales. La personalidad se define como un patrón de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo. El concepto refleja el hecho de que todas, excepto las personalidades más extremadamente patológicas, muestran algún grado de adaptación. El patrón en los trastornos de la personalidad es desadaptativo y relativamente inflexible, lo que lleva a una disfunción en las actividades sociales, ocupacionales u otras áreas importantes, puesto que las personas no son capaces de modificar su pensamiento o conducta, incluso ante la evidencia de que su perspectiva no está funcionando. Las deficiencias en el funcionamiento y los rasgos de personalidad son también bastante estables. Los rasgos de la personalidad predisponen a comportarse o a sentirse de cierta manera y son más estables que las expresiones sintomáticas de estas disposiciones, pero también pueden cambiar. Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad son más estables que los propios síntomas.

Criterios E, F y G: explicaciones alternativas de la patología de la personalidad (diagnóstico diferencial)

En algunas ocasiones, lo que parece ser un trastorno de la personalidad puede ser mejor explicado por otro trastorno mental, por los efectos de una sustancia o por otra afección médica, o forma parte de la etapa de desarrollo normal (p. ej., la adolescencia, la vejez) o del entorno sociocultural del individuo. Cuando aparece otro trastorno mental, no se diagnostica el trastorno de la personalidad si las manifestaciones del trastorno de la personalidad son claramente una expresión del otro trastorno mental (p. ej., si las características del trastorno esquizotípico de la personalidad aparecen sólo en el contexto de la esquizofrenia). Por otra parte, los trastornos de la personalidad se diagnostican con precisión en presencia de otro trastorno mental, como el trastorno depresivo mayor, por lo que se debería valorar un posible trastorno de la personalidad comórbido en los pacientes con otros trastornos mentales, puesto que a menudo los trastornos de la personalidad afectan al curso del trastorno mental. Por lo tanto, siempre es adecuado conocer el contexto en el que se desarrolla la psicopatología del trastorno mental, valorando el funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad patológicos.

Trastornos de la personalidad específicos

La Sección III incluye los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica. Cada trastorno de la personalidad se define por las dificultades características en el funcionamiento de la personalidad (Criterio A) y por los rasgos de personalidad patológicos representativos (Criterio B):

- Las características típicas del **trastorno de la personalidad antisocial** son una falta de conformidad con la legalidad y el comportamiento ético, y una falta de preocupación por los demás, de manera cruel y egocéntrica, acompañada de engaño, irresponsabilidad, manipulación y/o un comportamiento de riesgo.
- Las características típicas del **trastorno de la personalidad evitativa** son la elusión de las situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales asociadas a sentimientos de ineptitud e incapacidad, preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y el temor a la burla o la vergüenza.
- Las características típicas del **trastorno de la personalidad límite** son la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad.
- Las características típicas del **trastorno de la personalidad narcisista** son la autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la atención y la búsqueda de aprobación de los demás, y la grandiosidad manifiesta o encubierta.

- Las características típicas del **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva** son las dificultades para establecer y mantener relaciones estrechas, asociadas con el perfeccionismo rígido, la inflexibilidad y la expresión emocional restringida.
- Las características típicas del **trastorno de la personalidad esquizotípica** son las deficiencias en la capacidad para entablar relaciones sociales y cercanas, y las excentricidades cognitivas de la percepción y del comportamiento, junto con la autoimagen distorsionada y las metas personales incoherentes, y acompañadas de suspicacia y de expresión emocional restringida.

A continuación, se enumeran los criterios A y B para los seis trastornos específicos de la personalidad y de la TP-ER. Todos los trastornos de la personalidad también deben cumplir con los criterios generales C a G para diagnosticar el trastorno de la personalidad.

Trastorno de la personalidad antisocial

Las características típicas del trastorno de personalidad antisocial son una falta de conformidad con la legalidad y el comportamiento ético, y la falta de preocupación por los demás, de manera cruel y egocéntrica, acompañadas por el engaño, la irresponsabilidad, la manipulación y/o el comportamiento de riesgo. Las dificultades personales se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, tal y como se describe a continuación, junto con los rasgos desadaptativos específicos en los ámbitos de antagonismo y desinhibición.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:
   1. ***Identidad:*** el egocentrismo; la autoestima derivada de la ganancia personal, del poder o del placer.
   2. ***Autodirección:*** el establecimiento de objetivos sobre la base de la satisfacción personal, ausencia de normas internas prosociales asociadas a una falta de conformidad con el comportamiento legal o ético normalizado culturalmente.
   3. ***Empatía:*** la falta de preocupación por los sentimientos, las necesidades o el sufrimiento de los demás, la falta de remordimientos después de herir o maltratar a otra persona.
   4. ***Intimidad:*** incapacidad para relaciones íntimas mutuamente, por lo que la explotación es el modo fundamental de relacionarse con los demás, incluso mediante el engaño y la coacción, el abuso de una posición dominante o la intimidación para controlar a los demás.

B. Seis o más de los siete rasgos de personalidad patológicos siguientes:
   1. ***Manipulación*** (un aspecto del **antagonismo**): el uso frecuente de subterfugios para influir o controlar a otros, emplear la seducción, el encanto, la labia o congraciarse con los demás para conseguir sus fines.
   2. ***Insensibilidad*** (un aspecto del **antagonismo**): la falta de preocupación por los sentimientos o problemas de los demás, la falta de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás; la agresión; el sadismo.
   3. ***El engaño*** (un aspecto del **antagonismo**): la falta de honradez y fraudulencia; representación errónea de sí mismo; embellecimiento o distorsión al relatar acontecimientos.
   4. ***Hostilidad*** (un aspecto del **antagonismo**): sentimientos de enfado persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a los desaires e insultos menores; comportamiento cruel, desagradable o vengativo.
   5. ***Asunción de riesgos*** (un aspecto de la **desinhibición**): involucrarse en actividades peligrosas, de riesgo y potencialmente dañinas, innecesariamente y sin tener en cuenta las consecuencias; propensión al aburrimiento e iniciación irreflexiva de actividades para vencer el aburrimiento; falta de preocupación por las limitaciones y la negación de la realidad del peligro personal para uno.
   6. ***Impulsividad*** (un aspecto de la **desinhibición**): dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias; dificultad para trazar y seguir planes.

7. ***Irresponsabilidad*** (un aspecto de la **desinhibición**): desinterés y falta de cumplimiento con las obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo; falta de respeto y de cumplimiento de acuerdos y promesas.

Nota: El individuo debe tener, al menos, 18 años de edad.

Especificar si:

Con características psicopáticas.

Especificadores. Una variante distinta, que a menudo se denomina *psicopatía* (o psicopatía "primaria"), es la falta considerable de ansiedad o miedo, y un estilo interpersonal audaz que puede enmascarar comportamientos desadaptativos (p. ej., el fraude). Esta variante psicopática se caracteriza por unos niveles bajos de ansiedad (dominio de la afectividad negativa) y de distanciamiento (dominio del desapego), y altos niveles de búsqueda de atención (dominio del antagonismo). La alta búsqueda de atención y el bajo distanciamiento describe el componente de estilo social (dominante/asertivo) característico de la psicopatía, mientras que la baja ansiedad conforma el componente de inmunidad al estrés (estabilidad emocional/resiliencia).

Además de las características psicopáticas, los rasgo de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad antisocial, pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de afectividad negativa, como la ansiedad, no forman parte de los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad antisocial (véase el Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad antisocial (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad evitativa

Las características típicas del trastorno de la personalidad evitativa son la elusión de situaciones sociales y la inhibición en las relaciones interpersonales asociadas a sentimientos de ineptitud e incapacidad, una preocupación ansiosa por la evaluación negativa y el rechazo, y el temor a la burla o la vergüenza. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, la empatía y/o la intimidad, tal como se describe a continuación, junto con los rasgos específicos de mala adaptación en los dominios de la afectividad negativa y del desapego.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. ***Identidad:*** baja autoestima asociada con la autoevaluación como socialmente inepto, personalmente poco atractivo o inferior y sentimientos excesivos de vergüenza.
2. ***Autodirección:*** estándares poco realistas de comportamiento asociados con la renuencia a perseguir sus objetivos, asumir riesgos personales o participar en nuevas actividades que impliquen contacto interpersonal.
3. ***Empatía:*** preocupación y sensibilidad a la crítica o al rechazo, asociadas a la inferencia negativa distorsionada de las interpretaciones de los demás.
4. ***Intimidad:*** reticencia a involucrarse con las personas, salvo que esté seguro que es aceptado; baja reciprocidad en las relaciones íntimas debido al temor de ser avergonzado o ridiculizado.

B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) ansiedad:

1. ***Ansiedad*** (un aspecto de la **afectividad negativa**): Intensos sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico, como reacción a las situaciones sociales; se preocupan por los efectos

negativos de las experiencias desagradables del pasado y las posibilidades futuras negativas; sentimiento de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a la vergüenza.
2. **Distanciamiento** (un aspecto del **desapego**): reticencia a participar en situaciones sociales, de tal manera que se evitan los contactos y actividades sociales; la falta de apertura para el contacto social.
3. **Anhedonia** (un aspecto del **desapego**): falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias vitales; déficit en la capacidad de sentir placer o de interesarse por las cosas.
4. **Evitación de la intimidad** (un aspecto del **desapego**): evita las relaciones interpersonales íntimas o románticas, el apego interpersonal, y las relaciones sexuales íntimas.

Especificadores. Existe una heterogeneidad considerable en la forma en que los rasgos de personalidad adicionales se presentan en cada individuo diagnosticado de trastorno de la personalidad evitativa. Los especificadores del rasgo y del nivel de funcionamiento de la personalidad pueden utilizarse para registrar las características de personalidad adicionales que están presentes en el trastorno de la personalidad evitativa. Por ejemplo, otra característica de la afectividad negativa (como la depresión, la separación insegura, la sumisión, la desconfianza, la hostilidad) no forman parte de los criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad evitativa (véase el Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad evitativa (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad límite

Las características típicas del trastorno de la personalidad límite son la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, y la empatía y/o intimidad, tal y como se describen más adelante, además de los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de afectividad negativa, antagonismo y/o desinhibición.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. ***Identidad:*** autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
2. ***Autodirección:*** inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.
3. ***Empatía:*** capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.
4. ***Intimidad:*** relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobreimplicación y distanciamiento.

B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:
1. ***Labilidad emocional*** (un aspecto de la **afectividad negativa**): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
2. ***Ansiedad*** (un aspecto de la **afectividad negativa**): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras nega-

tivas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
3. **Inseguridad de separación** (un aspecto de la **afectividad negativa**): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.
4. **Depresión** (un aspecto de la **afectividad negativa**): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.
5. **Impulsividad** (un aspecto de la **desinhibición**): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional.
6. **Asunción de riesgos** (un aspecto de la **desinhibición**): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.
7. **Hostilidad** (un aspecto del **antagonismo**): sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

Especificadores. Los rasgos de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad límite, pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de psicoticismo (desregulación cognitiva y perceptiva) no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad (véase el Criterio B), pero se pueden especificar cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad límite (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad narcisista

Las características típicas del trastorno de la personalidad narcisista son la autoestima variable y vulnerable, con intentos de regulación a través de la atención y la búsqueda de aprobación de los demás, y una grandiosidad manifiesta o encubierta. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección y la empatía y/o intimidad, tal y como se describen más adelante, además de los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de antagonismo.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. ***Identidad:*** referencia excesiva a los demás para la autodefinición y regulación de la autoestima; autoevaluación exagerada o subestimada, u oscilando entre los extremos; la regulación emocional refleja las fluctuaciones en la autoestima.
2. ***Autodirección:*** establecimiento de objetivos basados en la obtención de la aprobación de los demás, estándares personales excesivamente elevados con el fin de verse a uno mismo como algo excepcional, o demasiado bajos en base a un sentido de "tener derecho"; a menudo no son conscientes de sus propias motivaciones.
3. ***Empatía:*** deterioro de la capacidad para reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los otros; pendiente en exceso de las reacciones de los demás, pero sólo de aquellas personas que considera relevantes; sobre o subestimación del efecto que causa en los demás.
4. ***Intimidad:*** relaciones en gran medida superficiales, que se entablan para la regulación de la autoestima; reciprocidad restringida y con poco interés genuino en las experiencias de los demás; predominio de la necesidad de obtener beneficios personales.

B. Ambos de los siguientes rasgos patológicos de personalidad:

1. ***Grandiosidad*** (un aspecto del **antagonismo**): sentimientos de "tener derecho", ya sea explícito o encubierto; egocentrismo; sostiene firmemente la creencia de que es mejor que los demás; condescendiente con otras personas.
2. ***Búsqueda de atención*** (un aspecto del **antagonismo**): intentos excesivos para atraer y ser el foco de atención de los demás, buscando la admiración.

Especificadores. Los rasgos de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad narcisista, pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, otros rasgos de antagonismo (manipulación, engaño, insensibilidad) no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad narcisista (véase el Criterio B), pero se pueden especificar cuando estén presentes características antagónicas más dominantes (p. ej., "narcisismo maligno"). Pueden codificarse otros rasgos de afectividad negativa (depresión, ansiedad) para señalar una casuística más "vulnerable". Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad narcisista (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Las características típicas del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva son las dificultades para establecer y mantener relaciones estrechas, asociadas con el perfeccionismo rígido, la inflexibilidad y la expresión emocional restringida. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, y la empatía y/o intimidad, tal y como se describen más adelante, además de los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de afectividad negativa y/o desapego.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. ***Identidad:*** sentido de autopercepción derivado principalmente del trabajo o de la productividad; experiencia y expresión constreñidas de las emociones intensas.
2. ***Autodirección:*** dificultad para completar tareas y realizar metas, asociadas con normas internas de comportamiento rígidas e irrazonablemente elevadas e inflexibles; actitudes excesivamente concienzudas y moralistas.
3. ***Empatía:*** dificultad para entender y apreciar las ideas, sentimientos o comportamientos de los demás.
4. ***Intimidad:*** las relaciones son vistas como algo secundario al trabajo y a la productividad; la rigidez y la terquedad afectan negativamente a las relaciones con los demás.

B. Tres o más de los siguientes cuatro rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe ser (1) perfeccionismo rígido:

1. ***Perfeccionismo rígido*** (un aspecto de extrema escrupulosidad [el polo opuesto de desinhibición]): insistencia rígida en que todo sea impecable, perfecto, y sin errores o fallos, incluyendo el rendimiento de uno mismo y de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la exactitud en cada detalle; creer que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden.
2. ***Perseverancia*** (un aspecto de la **afectividad negativa**): persistencia en tareas a pesar de que el comportamiento ha dejado de ser funcional o efectivo; continuar realizando el mismo comportamiento tras fracasar reiteradamente.
3. ***Evitación de la intimidad*** (un aspecto del **desapego**): evitar las relaciones interpersonales cercanas y románticas, el apego interpersonal y las relaciones sexuales íntimas.

4. ***Afectividad restringida*** (un aspecto del **desapego**): poca reacción emocional ante situaciones excitantes; experiencia y expresión emocionales constreñidas; indiferencia o frialdad afectiva.

Especificadores. Los rasgos de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, otros rasgos de la afectividad negativa (ansiedad) no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (véase el Criterio B), pero se pueden especificar cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Las características típicas del trastorno de la personalidad esquizotípica son las deficiencias en la capacidad para entablar relaciones sociales y cercanas, y las excentricidades cognitivas de la percepción y del comportamiento, junto con la autoimagen distorsionada y las metas personales incoherentes, y acompañadas de suspicacia y de una expresión emocional restringida. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, y la empatía y/o intimidad, tal y como se describen más adelante, además de los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de psicoticismo y desapego.

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. ***Identidad:*** límites confusos entre el yo y los demás; autoconcepto distorsionado; expresión emocional a menudo no congruente con el contexto o la experiencia interna.
2. ***Autodirección:*** metas irreales o incoherentes; no poseen ningún conjunto claro de normas internas.
3. ***Empatía:*** profunda dificultad para la comprensión del impacto de las propias conductas sobre los demás; frecuentes malas interpretaciones de las motivaciones y comportamientos de los demás.
4. ***Intimidad:*** dificultad considerable para desarrollar relaciones íntimas, asociada con la desconfianza y la ansiedad.

B. Cuatro o más de los siguientes seis rasgos patológicos de personalidad:

1. ***Desregulación cognitiva y perceptiva*** (un aspecto del **psicoticismo**): procesos de pensamiento inusuales o raros; pensamiento y lenguaje circunstancial, vago, metafórico, recargado o estereotipado; sensaciones extrañas en diversas modalidades sensoriales.
2. ***Creencias y experiencias inusuales*** (un aspecto del **psicoticismo**): contenido del pensamiento y visiones de la realidad que son vistos por otros como extraños o peculiares; experiencias insólitas de la realidad.
3. ***Excentricidad*** (un aspecto del **psicoticismo**): comportamiento o apariencia extraños, inusuales o excéntricos; se expresa de forma rara o inapropiada.
4. ***Afectividad restringida*** (un aspecto del **desapego**): escasa reacción ante situaciones emocionalmente estimulantes; experiencia y expresión emocionales constreñidas; indiferencia o frialdad afectivas.
5. ***Distanciamiento*** (un aspecto del **desapego**): preferencia por estar solo antes que acompañado; recelo en las situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; carente de iniciativa para el contacto social.
6. ***Desconfianza*** (un aspecto del **desapego**): expectativas y gran sensibilidad a señales indicativas de perjuicio o daño interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de persecución.

Especificadores. Los rasgos de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad esquizotípica, pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de la afectividad negativa (depresión, ansiedad) no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad esquizotípica (véase el Criterio B), pero pueden especificarse cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad esquizotípica (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER)

Criterios diagnósticos propuestos

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. ***Identidad***
2. ***Autodirección***
3. ***Empatía***
4. ***Intimidad***

B. Uno o más dominios de rasgos patológicos de personalidad O facetas específicas de rasgos dentro de los dominios, teniendo en cuenta TODOS los siguientes dominios:

1. **Afectividad negativa** (*versus* estabilidad emocional): experiencias frecuentes e intensas de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa/vergüenza, preocupación, enfado), y de sus manifestaciones comportamentales (p. ej., autolesión) e interpersonales (p. ej., dependencia).
2. **Desapego** (*versus* extraversión): la evitación de la experiencia socioemocional, incluyendo tanto el distanciamiento en las interacciones interpersonales (tanto las interacciones diarias casuales como las amistades o las relaciones íntimas), así como la experiencia y la expresión afectivas restringidas, en particular la capacidad hedónica limitada.
3. **Antagonismo** (*versus* amabilidad): comportamientos que colocan a la persona en desacuerdo con los demás, incluyendo, un sentido exagerado de la propia importancia y una expectativa consiguiente de recibir un trato especial, así como la antipatía e insensibilidad hacia los demás, que abarca tanto la falta de conciencia acerca de las necesidades y sentimientos de los demás, como la disposición de utilizar a los demás en beneficio propio.
4. **Desinhibición** (*versus* escrupulosidad): orientación hacia la satisfacción inmediata, dando lugar a un comportamiento impulsivo dominado por pensamientos y sentimientos repentinos evocados por estímulos externos, sin tener en cuenta aprendizajes obtenidos de experiencias del pasado ni reflexiones sobre las consecuencias futuras.
5. **Psicoticismo** (*versus* lucidez): exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones excéntricas, inusuales o culturalmente incongruentes y raras, incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., creencias).

Subtipos. Debido a que las características de personalidad varían de forma continua a lo largo de múltiples dimensiones de rasgos, puede representarse un amplio conjunto de expresiones posibles del TP-ER mediante el modelo dimensional del DSM-5 de variantes desadaptativas de rasgos de personalidad (véase la Tabla 3, págs. 779-781). Por lo tanto, los subtipos son innecesarios para el TP-ER, y en su lugar se proporcionan los elementos descriptivos que constituyen la personalidad, dispuestos en un modelo de base empírica. Esta distribución permite a los clínicos adaptar la descripción del perfil de trastorno de la personalidad de cada individuo, teniendo en cuenta los cinco grandes dominios de la variación de los rasgos de la personalidad, y el aprovechamiento de las características descriptivas de estos dominios para caracterizar al individuo según sea necesario.

Especificadores. Los rasgos de personalidad específicos de los individuos siempre se registran en la valoración del Criterio B, por lo que esos descriptores constituyen directamente la combinación de características de personalidad de cada persona. Por ejemplo, dos personas que presenten inestabilidad emocional, hostilidad y depresión, pueden diferir en que, además, uno de ellos, se caracterice por la insensibilidad.

Algoritmos de valoración del trastorno de la personalidad

El requisito para cualquiera de los dos de los cuatro criterios A para cada uno de los seis trastornos de la personalidad se basa en la maximización de la relación de estos criterios con su correspondiente trastorno de la personalidad. Los umbrales de diagnóstico para los criterios B también se establecieron empíricamente para minimizar el cambio en la prevalencia de los trastornos del DSM-IV y la superposición con otros trastornos de la personalidad, y para maximizar la relación con el deterioro funcional. El conjunto de criterios diagnósticos resultantes representa los trastornos de personalidad con gran fidelidad y utilidad clínica, en cuanto a las dificultades fundamentales en el funcionamiento de la personalidad en los distintos grados de gravedad y mediante las constelaciones de rasgos patológicos de la personalidad.

Diagnóstico del trastorno de la personalidad

Los individuos que tienen un patrón de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y de rasgos desadaptativos que coinciden con uno de los seis trastornos de personalidad definidos deben ser diagnosticados del trastorno de la personalidad correspondiente. Si un individuo también tiene uno o incluso varios rasgos destacados con relevancia clínica, además de los requeridos para el diagnóstico (p. ej., véase el trastorno de la personalidad narcisista), existe la opción de que estos se señalen como especificadores. Los individuos cuyo funcionamiento o patrón de rasgos de la personalidad sea sustancialmente diferente del de cualquiera de los seis trastornos de la personalidad específicos, deben ser diagnosticados con el TP-ER. El individuo puede no cumplir el número mínimo de criterios A o B y, por lo tanto, tener una presentación subclínica del trastorno de la personalidad. Además, puede tener una combinación de rasgos de diferentes tipos de trastornos de la personalidad o algunas características que son menos típicas de un trastorno, por lo que se les considera una presentación mixta o atípica. En el TP-ER pueden detallarse el nivel específico de deterioro en el funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad patológicos que caracterizan la personalidad del individuo, empleando la Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (*Level of Personality Functioning Scale-LPFS*; véase la tabla 2) y la taxonomía del rasgo patológico (véase la Tabla 3). Los diagnósticos actuales de los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide, histriónica y dependiente se representan también mediante el diagnóstico del TP-ER; éstos se definen por una dificultad moderada o grave en el funcionamiento de la personalidad y pueden ser descritos por las combinaciones de rasgos patológicos de personalidad relevantes.

Nivel de funcionamiento de la personalidad

Como la mayoría de las tendencias humanas, el funcionamiento de la personalidad se distribuye en un continuo. Los modos característicos de pensar y de comprenderse a sí mismo y a las interacciones con los demás es fundamental para el funcionamiento y la adaptación del individuo. Una persona con un funcionamiento óptimo posee un mundo psicológico complejo, totalmente elaborado y bien integrado que incluye un autoconcepto volitivo, positivo y adaptativo, una rica y amplia vida emocional regulada apropiadamente, y la capacidad de comportarse como un miembro productivo de la sociedad, con relaciones interpersonales recíprocas y satisfactorias. En el extremo opuesto del continuo, se encuentra el individuo con una patología grave de la personalidad, que posee un mundo psicológico pobre, desorganizado y/o en conflicto, cuyo autoconcepto es débil, confuso y desadaptativo, y que es propenso a las emociones negativas y desreguladas, y exhibe una capacidad deficiente de funcionamiento interpersonal adaptativo y de comportamiento social.

Definición dimensional del funcionamiento personal e interpersonal

La gravedad generalizada puede ser el factor predictivo más importante de la disfunción concurrente y prospectiva en la evaluación de la psicopatología de la personalidad. Los trastornos de personalidad están óptimamente caracterizados por un continuo de gravedad de la personalidad generalizado con una descripción adicional de los elementos estilísticos, derivados de las constelaciones de síntomas de los trastornos de la personalidad y rasgos de la personalidad. Al mismo tiempo, el núcleo de la psicopatología de la personalidad es la alteración de las ideas y los sentimientos con respecto a uno mismo y a las relaciones interpersonales; esta noción es coherente con las múltiples teorías de los trastornos de la personalidad y de sus bases de investigación. Los componentes de la Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (*Level of Personality Functioning Scale-LPFS*), la identidad, la autodirección, la empatía y la intimidad (véase la Tabla 1), son particularmente importantes para la descripción del continuo del funcionamiento de la personalidad.

Las representaciones mentales del *self* y las relaciones interpersonales son recíprocamente influyentes y están ligadas de manera muy intricada. Además afectan a la naturaleza de la interacción con los profesionales de la salud mental, y pueden tener un impacto significativo tanto en la eficacia del tratamiento como en el resultado, lo que subraya la importancia de evaluar las características del concepto de sí mismo de un individuo, así como su visión de las otras personas y de las relaciones. Aunque el grado de perturbación en el funcionamiento personal e interpersonal se distribuye de forma dimensional, es útil tener en cuenta el nivel de deterioro en el funcionamiento para la caracterización clínica, y para la planificación del tratamiento y del pronóstico.

Evaluación del nivel de funcionamiento de la personalidad

Para utilizar la Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP), el clínico selecciona el nivel que capta con mayor precisión el nivel general de deterioro en el funcionamiento de la personalidad del individuo en el momento actual. La valoración es necesaria para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad (deterioro moderado o grave) y se puede utilizar para especificar la gravedad del deterioro existente en un individuo con cualquier trastorno de la personalidad en cualquier momento. La ENFP también puede ser administrada como un indicador mundial del funcionamiento de la personalidad sin la especificación de un diagnóstico de trastorno de la personalidad, o incluso en el caso de que el deterioro de la personalidad esté por debajo del umbral para diagnosticar el trastorno.

Rasgos de la personalidad

Definición y descripción

El Criterio B en el modelo alternativo implica valoraciones de los rasgos de personalidad que están agrupados en cinco ámbitos. Un *rasgo de la personalidad* es una tendencia a sentir, percibir, comportarse y pensar, de manera relativamente coherente a lo largo del tiempo, y en las situaciones en las que el rasgo se podría manifestar. Por ejemplo, los individuos con un alto nivel del rasgo de personalidad *ansiedad* tienden a *sentirse* ansiosos fácilmente, incluso en circunstancias en las que la mayoría de la gente se encuentra tranquila y relajada. Los individuos con un alto nivel de ansiedad también *perciben* que ciertas situaciones les provocan angustia y las intentan *evitar* con más frecuencia de lo que lo hacen las personas con unos niveles más bajos de este rasgo. En definitiva, tienden a *pensar* que el mundo es más ansiógeno que las otras personas.

Es importante destacar que los individuos con un rasgo de ansiedad elevada no están necesariamente ansiosos todo el tiempo ni en todas las situaciones. Los niveles de los rasgos pueden cambiar y, de hecho, fluctúan a lo largo de la vida. Algunos cambios son muy generales y reflejan la maduración (p. ej., los adolescentes en general tienen niveles más elevados en el rasgo de la impulsividad que los adultos de mayor edad), mientras que otros cambios reflejan las experiencias vitales de las personas.

La dimensionalidad de los rasgos de personalidad. Todas las personas se pueden ubicar en el espectro dimensional de los rasgos; es decir, los rasgos se aplican a todo el mundo en diferentes grados, alejándose de

la distinción categorial de rasgo presente frente a ausente. Por otra parte, los rasgos de personalidad, incluyendo los identificados específicamente en el modelo de la Sección III, existen en un espectro con dos polos opuestos. Por ejemplo, lo opuesto a la característica de la *insensibilidad* es la tendencia a ser empático y de buen corazón, incluso en circunstancias en las que la mayoría de las personas no se sienten de esa manera. Por lo tanto, aunque en la Sección III de este rasgo se etiqueta *insensibilidad*, porque es ese polo de la dimensión el que más interesa, se podría denominar como *insensibilidad frente a bondad*. Por otra parte, el polo opuesto, la bondad, puede ser identificada y no ser adaptativa en todas las circunstancias (p. ej., las personas que, debido a su extrema bondad, dejan en varias ocasiones que se aprovechen de ellos otros individuos sin escrúpulos).

La estructura jerárquica de la personalidad. Algunos términos de rasgos son muy específicos (p. ej., ser "hablador") y describen una pequeña gama de comportamientos, mientras que otros son muy amplios (p. ej., el desapego) y caracterizan una amplia gama de patrones de comportamiento. Las dimensiones de los rasgos generales se denominan *dominios*, y las dimensiones específicas de los rasgos se llaman *facetas*. Los *dominios* de los rasgos de la personalidad comprenden un espectro de *facetas* más específicas de la personalidad que tienden a aparecer juntas. Por ejemplo, el distanciamiento y la anhedonia son facetas de los rasgos específicos en el *dominio* del desapego. A pesar de cierta variación transcultural en las *facetas* de los rasgos de personalidad, los grandes dominios que aparecen globalmente son relativamente coherentes en todas las culturas.

El modelo de los rasgos de la personalidad

El sistema de rasgos de la personalidad de la Sección III incluye cinco grandes variaciones en los dominios de los rasgos de la personalidad: la afectividad negativa (frente a estabilidad emocional), el desapego (frente a la extraversión), el antagonismo (frente a la amabilidad), la desinhibición (frente a la escrupulosidad) y el psicoticismo (frente a la lucidez), que comprenden 25 facetas específicas de rasgos de la personalidad. La Tabla 3 contiene las definiciones de todos los dominios y facetas de la personalidad. Estos cinco grandes dominios son variantes desadaptativas de los cinco dominios del modelo de personalidad, ampliamente validado y replicado, conocido como los Cinco Grandes (*Big Five*) o Modelos de la personalidad de cinco factores (*Five Factor Models, FFM*), y también son similares a los dominios de los Cinco de la personalidad psicopatológica (*Personality Psychopathology Five, PSY-5*). Las 25 facetas específicas representan una lista de las facetas de la personalidad elegidas por su relevancia clínica.

Aunque el modelo de rasgo se centra en los rasgos de la personalidad psicopatológicos, hay rasgos de la personalidad sana, adaptativa y resiliente, identificados como polos opuestos de los rasgos "patológicos" es decir, la estabilidad emocional, la extraversión, la amabilidad, la responsabilidad y la lucidez). Su presencia puede reducir en gran medida los efectos de los trastornos mentales y facilitar el afrontamiento y la recuperación de los daños traumáticos y de otras afecciones médicas.

Distinción entre rasgos, síntomas y comportamientos específicos

Aunque los rasgos no son inmutables y cambian a lo largo del ciclo de la vida, muestran una coherencia relativa en comparación con los síntomas y los comportamientos específicos. Por ejemplo, una persona puede comportarse de manera impulsiva en un momento determinado por una razón específica (p. ej., una persona que no suele ser impulsiva, de repente decide gastar una gran cantidad de dinero en un artículo en particular, a causa de una oportunidad especial para comprar algo único), pero es sólo cuando las conductas se acumulan a lo largo del tiempo y las circunstancias cuando se distingue un patrón de comportamiento que refleja los rasgos. Sin embargo, es importante reconocer, por ejemplo, que incluso las personas que son impulsivas no están actuando impulsivamente durante todo el tiempo. Un rasgo es una tendencia o una disposición hacia comportamientos específicos; un comportamiento específico es un ejemplo o la manifestación de un rasgo.

Del mismo modo, los rasgos se distinguen de la mayoría de los síntomas, ya que los síntomas tienden a experimentar altibajos, mientras que los rasgos se mantienen relativamente estables. Por ejemplo, los individuos con niveles más altos de *depresión* tienen una mayor probabilidad de experimentar episodios discretos de un trastorno depresivo y de mostrar los síntomas de este trastorno, como la dificultad para concentrarse. Sin embargo, incluso los pacientes que tienen una tendencia al ciclo típico del rasgo de *depresión*, como episodios diferenciados de alteración del ánimo y de síntomas específicos, como dificultad para concentrarse, tienden a experimentar altibajos en sintonía con los

episodios concretos, por lo que no forman parte de la definición de rasgo. Sin embargo, es importante destacar que los síntomas y los rasgos son susceptibles de intervención, y que muchas de las intervenciones dirigidas a los síntomas pueden afectar a largo plazo a los patrones del funcionamiento que se recogen en los rasgos de la personalidad.

Evaluación del modelo de rasgo de la personalidad de la Sección III del DSM-5

La utilidad clínica del modelo de rasgo de la personalidad multidimensional de la Sección III reside en su capacidad de enfocar la atención en varias áreas importantes de la variación de la personalidad de cada paciente. En lugar de centrar la atención en la identificación de una y sólo una etiqueta diagnóstica óptima, la aplicación clínica del modelo de rasgo de la personalidad de la Sección III implica revisar cada uno de los cinco grandes dominios de la personalidad descritos en la Tabla 3. El enfoque clínico de la personalidad es similar a la bien conocida revisión por sistemas de la medicina clínica. Por ejemplo, la queja presentada por un individuo puede centrarse en un síntoma neurológico específico; sin embargo, durante la evaluación inicial, los clínicos revisan sistemáticamente el funcionamiento de todos los sistemas pertinentes (p. ej., las afecciones cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales), para que no se escape un área importante de funcionamiento dañada y la oportunidad correspondiente para una intervención eficaz.

El uso clínico del modelo de rasgo de la personalidad de la Sección III procede de manera similar. Una queja inicial conlleva la exploración de los cinco grandes ámbitos de la personalidad. Esta revisión sistemática se ve facilitada por el uso de instrumentos psicométricos formales diseñados para medir las facetas y dominios específicos de la personalidad. Por ejemplo, el modelo de rasgo de la personalidad se operativiza con el Inventario de personalidad del DSM-5 (*Personality Inventory for DSM-5, PID-5*), que puede rellenar el propio paciente en su forma autoinformada o puede rellenarla un informante que conozca bien al paciente (p. ej., un cónyuge). Una evaluación clínica detallada implica la obtención de datos sobre las 25 facetas del modelo de rasgo de la personalidad, tanto por parte de los pacientes como de los informantes allegados. Sin embargo, si esto no es posible por falta de tiempo u otras limitaciones, la evaluación se realizará a nivel de los cinco dominios, puesto que es una opción clínica aceptable cuando sólo se necesita un retrato global (no muy detallado) de la personalidad del paciente (véase el Criterio B del TP-ER). Sin embargo, si los problemas que afectan a la personalidad son el objetivo del tratamiento, será importante evaluar posteriormente las facetas de los rasgos de los individuos, así como los dominios.

Debido a que los rasgos de la personalidad se distribuyen de una forma continua en la población, un modo de proceder para evaluar si un rasgo específico es elevado (y por tanto, si se encuentra con una intensidad suficiente como para realizar el diagnóstico) implicaría la comparación de los niveles de los rasgos de personalidad con la norma poblacional y/o el juicio clínico. Si un rasgo es elevado, es decir, las pruebas psicométricas formales y/o los datos de las entrevistas apoyan el juicio clínico de esa intensidad, entonces se considera que satisface el Criterio B de la Sección III de los trastornos de la personalidad.

Utilidad clínica del modelo de rasgo y de funcionamiento de la personalidad multidimensional

Los constructos de trastorno y rasgo añaden valor recíproco y actúan como variables importantes predictivas predisponentes (p. ej., los antecedentes familiares, los antecedentes de abuso infantil), concurrentes (p. ej., la incapacidad funcional, el consumo de medicamentos) y prospectivas (p. ej., la hospitalización, los intentos de suicidio). En el DSM- 5, los deterioros funcionales y los rasgos patológicos de la personalidad contribuyen cada uno de forma independiente a las decisiones clínicas sobre el grado de discapacidad, los riesgos de autolesión, la violencia y la criminalidad, el tipo de tratamiento recomendado y la intensidad, y el pronóstico de todos los aspectos importantes de la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos. En particular, conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad de un individuo y su perfil de rasgos patológicos también proporciona al clínico una rica base de información, y es valioso para la planificación del tratamiento y para predecir el curso y el resultado de muchos trastornos mentales, además de los trastornos de la personalidad. Por lo tanto, puede ser relevante la evaluación del funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad patológicos tanto si una persona tiene un trastorno de la personalidad como si no.

TABLA 2 Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP)

Nivel de deterioro	PERSONAL (*SELF*)		INTERPERSONAL	
	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
0: Poco o ningún deterioro.	Tiene la conciencia permanente de un yo único; mantiene límites apropiados en sus roles. Tiene una autoestima positiva, uniforme y autorregulada; autoevaluación precisa. Es capaz de sufrir, tolerar y regular una completa gama de emociones.	Establece y aspira a metas basadas en una evaluación realista y razonable de las capacidades personales. Utiliza estándares apropiados de comportamiento y logra satisfacerlos en múltiples esferas. Puede reflexionar y obtener un significado constructivo de la experiencia interna.	Es capaz de comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones. Comprende y aprecia los puntos de vista de los demás, incluso cuando está en desacuerdo. Es consciente del efecto de las propias acciones sobre los demás.	Mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas con su entorno personal y social. Desea y participa en una serie de relaciones cercanas, recíprocas y de apoyo mutuo. Se esfuerza en cooperar y en obtener beneficios mutuos y responde de manera flexible a la variedad de ideas, emociones y comportamientos de los demás.
1: Algún deterioro	Tiene relativamente intacto el sentido de sí mismo, con alguna disminución en la claridad de los límites cuando experimenta emociones fuertes y angustia mental. A veces su autoestima disminuye; autoevaluación algo distorsionada o demasiado crítica. Las emociones fuertes pueden ser muy molestas y se asocian a restricciones de la gama de experiencias emocionales.	Está dirigido a objetivos de manera excesiva, algo inhibido por sus propias metas o éstas entran en conflicto. Puede tener normas personales poco realistas o inadecuadas socialmente, limitando el cumplimiento de algunos aspectos. Es capaz de reflexionar sobre sus experiencias internas, pero puede exagerar algún tipo de autoconocimiento (p. ej., emocional, intelectual).	Muestra dificultad en la capacidad tanto de percibir como de comprender las experiencias de los demás; puede tender a ver a los demás con expectativas poco razonables o con deseo de control. Aunque es capaz de considerar y comprender diferentes perspectivas, se resiste a hacerlo. Tiene una conciencia no uniforme de los efectos de la propia conducta en los demás.	Es capaz de establecer relaciones duraderas en su entorno personal y comunitario, con algunas limitaciones en cuanto al grado de profundidad y satisfacción. Es capaz de formar –y desea formar– relaciones íntimas y recíprocas, pero puede inhibir o constreñir la expresión significativamente si las emociones son intensas o surgen conflictos. La cooperación puede ser inhibida por estándares irreales; algo limitado en la capacidad de respetar o responder a las ideas, las emociones y los comportamientos de otros.

TABLA 2 Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP) *(continuación)*

Nivel de deterioro	PERSONAL (*SELF*)		INTERPERSONAL	
	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
2: Deterioro moderado	Depende excesivamente de los demás para la definición de la identidad, con demarcación difusa de los límites. Posee una autoestima vulnerable controlada por una preocupación exagerada acerca de la evaluación externa, con deseo de aprobación. Se siente incompleto o inferior, con autoevaluación compensatoria elevada o disminuida. La regulación emocional depende de la evaluación externa positiva. Las amenazas a la autoestima pueden generar emociones fuertes, como la rabia o la vergüenza.	Las metas son más a menudo un medio para obtener la aprobación externa que autogeneradas y, por lo tanto, pueden carecer de coherencia o de estabilidad. Las normas personales pueden ser excesivamente exigentes (p. ej., ser especial o complacer a otros) o tolerantes (p. ej., no consonantes con los valores sociales prevalentes). El cumplimiento está comprometido por un sentido de falta de autenticidad. Posee una capacidad deteriorada para reflexionar sobre la experiencia interna.	Se muestra en excesiva consonancia con la experiencia de los demás, pero sólo con respecto a la relevancia percibida del *self*. Es excesivamente autorreferente, lo que compromete significativamente la capacidad de apreciar y comprender las experiencias de otros, y de considerar perspectivas alternativas. Generalmente desconocen o no se preocupan por el efecto de su propia conducta sobre los demás o evalúan de forma poco realista dichas repercusiones.	Es capaz de formar, y desea formar, relaciones en su entorno personal y social, pero las conexiones pueden ser, en gran medida, superficiales. Las relaciones íntimas están basadas predominantemente en la satisfacción de las necesidades de autorregulación y de autoestima, con una expectativa poco realista de ser perfectamente entendido por otros. Tiende a no ver las relaciones en términos recíprocos y coopera principalmente para el beneficio personal.

TABLA 2 Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP) *(continuación)*

Nivel de deterioro	PERSONAL (SELF)		INTERPERSONAL	
	Identidad	**Autodirección**	**Empatía**	**Intimidad**
3: Deterioro grave	Tiene un sentido débil de la autonomía/de sí mismo y experimenta cierta falta de identidad o un vacío. Límites mal definidos o rígidos: puede mostrar sobreidentificación con los demás, demasiado énfasis en la independencia de los demás u oscilación entre ambos. Autoestima frágil, fácilmente influenciable por los acontecimientos y la propia imagen carece de coherencia. La autoevaluación no tiene matices: autodepreciación, autoensalzamiento o una combinación ilógica y poco realista de ambos. Las emociones pueden cambiar rápidamente o aparecer en forma de sentimiento crónico e inquebrantable de desesperación.	Tiene dificultades para establecer y/o alcanzar objetivos personales. Las normas internas de conducta son poco claras o contradictorias. La vida se percibe como carente de sentido o peligrosa. Posee una capacidad limitada de reflexionar y entender sus propios procesos mentales.	Capacidad restringida para considerar y comprender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de otras personas; puede discernir aspectos muy específicos de la experiencia de otros, en particular las vulnerabilidades y el sufrimiento. Generalmente incapaz de tener en cuenta perspectivas alternativas; se siente muy amenazado por las discrepancias o puntos de vista alternativos. Está confundido o no es consciente del impacto de las propias acciones en los demás y a menudo se muestra desconcertado por los pensamientos y acciones de otros, a quienes atribuye incorrectamente motivaciones frecuentes de perjuicio.	Tiene algún deseo de establecer relaciones en el entorno personal y comunitario, pero la capacidad para establecer conexiones positivas y duraderas está deteriorada significativamente. Las relaciones se basan en una fuerte creencia en la absoluta necesidad de seres queridos y/o en las expectativas de abandono o malos tratos. Los sentimientos acerca de la implicación íntima con otros se alternan entre el miedo/rechazo y el deseo desesperado de conexión. Poca reciprocidad: los demás se conceptualizan principalmente en términos de cómo afectan al *self* (negativa o positivamente); esfuerzos de cooperación interrumpidos debido a la percepción de desaires de otros.

TABLA 2 Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP) ***(continuación)***

Nivel de deterioro	PERSONAL (SELF)		INTERPERSONAL	
	Identidad	**Autodirección**	**Empatía**	**Intimidad**
4: Deterioro extremo	Ausencia de la experiencia de un yo único y del sentido del sí mismo/autonomía, o ésta se organiza en torno a la percepción persecutoria externa. Se confunden o no existen los límites con los demás. Presenta una autoimagen débil o que se ve distorsionada y fácilmente amenazada por las interacciones con los demás; autoevaluación caracterizada por distorsiones y confusiones significativas. Las emociones no son congruentes con el contexto o la experiencia interna. El odio y la agresión pueden ser los afectos dominantes, aunque al mismo tiempo pueden repudiarse y atribuirse a los demás.	Escasa diferenciación entre pensamientos y acciones, por lo que la capacidad de establecer metas se encuentra gravemente comprometida, con objetivos nada realistas o incoherentes. Las normas internas de conducta son casi inexistentes. Su cumplimiento genuino es prácticamente inconcebible. Es profundamente incapaz de reflexionar de manera constructiva acerca de la propia experiencia. Las motivaciones personales pueden no reconocerse o atribuirse a experiencias externas o ajenas a uno mismo.	Posee una marcada incapacidad para identificar y comprender la experiencia y la motivación de los demás. La atención a las perspectivas o puntos de vista de los otros es casi nula (la atención es hipervigilante, centrada en la satisfacción de sus necesidades y en la evitación del daño). Las interacciones sociales pueden ser confusas y desorientadoras.	El deseo de afiliación es limitado porque presenta un profundo desinterés o expectativas de daño. El compromiso con los demás es individual, desorganizado o siempre negativo. Las relaciones se conceptualizan casi exclusivamente en términos de su capacidad para proporcionar bienestar o infligir dolor y sufrimiento. El comportamiento social/interpersonal no es recíproco, sino que busca la satisfacción de necesidades básicas o la evitación del dolor.

TABLA 3 Definiciones de los dominios y facetas de los rasgos de los trastornos de la personalidad del DSM-5

DOMINIOS (polos opuestos) y facetas	Definiciones
AFECTO NEGATIVO (frente a estabilidad emocional)	Experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de variadas emociones negativas (p. ej., ansiedad, depresión, culpa o vergüenza, preocupación e ira) y sus manifestaciones conductuales (p. ej., autolesiones) e interpersonales (p. ej., dependencia).
Inestabilidad emocional	Labilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; las emociones se despiertan con facilidad, gran intensidad o de manera desproporcionada a los sucesos y circunstancias.
Ansiedad	Sentimientos de nerviosismo, de tensión o de pánico en respuesta a diversas situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de las experiencias pasadas desagradables y por las posibilidades futuras negativas; sentir miedo y aprehensión por la incertidumbre, esperando que suceda lo peor.
Inseguridad de separación	Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.
Sumisión	Adaptación del comportamiento de uno a los intereses reales o percibidos y los deseos de los demás, incluso cuando son la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos.
Hostilidad	Sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desprecios e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo. Véase también el antagonismo.
Perseverancia	Persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
Depresión	Véase el desapego.
Desconfianza	Véase el desapego.
Afecto restringido (carencia)	La **falta** de esta faceta caracteriza los **niveles bajos** de afecto negativo. Véase el desapego para consultar la definición de esta faceta.
DESAPEGO (frente a extraversión)	La evitación de la experiencia socioemocional, que incluye tanto rehuir las interacciones interpersonales (incluidas las interacciones diarias casuales, las amistades o las relaciones íntimas) como la experiencia y la expresión afectiva restringida, en particular la capacidad hedónica limitada.
Evitación	Preferencia de estar solo antes que acompañado; recelo en situaciones sociales; elusión del contacto y la actividad social; falta de iniciación de contactos sociales.
Evitación de la intimidad	Eludir las relaciones cercanas o románticas, los vínculos de apego y las relaciones sexuales íntimas.
Anhedonia	Falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias de la vida; déficit en la capacidad de sentir placer y tener interés en las cosas.
Depresión	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
Afecto restringido	Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional constreñida; indiferencia y frialdad en situaciones habitualmente atractivas.
Suspicacia	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.

TABLA 3 Definiciones de los dominios y facetas de los rasgos de los trastornos de la personalidad del DSM-5 *(continuación)*

DOMINIOS (polos opuestos) y facetas	Definiciones
ANTAGONISMO (frente a amabilidad)	Se caracteriza por conductas que sitúan al individuo en conflicto con otras personas, como un sentido exagerado de la propia importancia y la consiguiente expectativa de merecer un trato especial, así como antipatía insensible hacia los otros, que abarca tanto una falta de conciencia de las necesidades y sentimientos de los demás como la predisposición a utilizar a otras personas en beneficio propio.
Manipulación	Uso de subterfugios para influir o controlar a los demás; empleo de la seducción, el encanto, la labia o la adulación para conseguir sus fines.
Falsedad	Engaño y fraude; distorsión de uno mismo; embellecimiento o invención al relatar acontecimientos.
Grandiosidad	Creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de "tener derecho"; condescendencia hacia los demás.
Búsqueda de atención	Participar en conductas diseñadas para hacerse notar y ser el foco de atención y de admiración de los demás.
Insensibilidad	Falta de preocupación por los sentimientos o los problemas de los demás; carencia de sentimientos de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás.
Hostilidad	Véase el afecto negativo.
DESINHIBICIÓN (frente a escrupulosidad)	Orientación hacia la satisfacción inmediata que conlleva la realización de comportamientos impulsivos producidos por pensamientos, sentimientos y estímulos actuales externos, sin tener en cuenta aprendizajes del pasado o la consideración de futuras consecuencias.
Irresponsabilidad	Indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
Impulsividad	Dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de forma repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional.
Distraibilidad	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas, como la planificación y la realización de tareas.
Asunción de riesgos	Implicarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfrenada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.
Perfeccionismo rígido (carencia)	Insistencia rígida en que todo debe ser perfecto, impecable y sin errores o fallos, incluidos el propio rendimiento y el de los demás; sacrificar la puntualidad para garantizar la exactitud de cada detalle; creencias de que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de esta faceta es característica de las personas con bajos niveles de desinhibición.

TABLA 3 Definiciones de los dominios y facetas de los rasgos de los trastornos de la personalidad del DSM-5 *(continuación)*

DOMINIOS (polos opuestos) y facetas	Definiciones
PSICOTICISMO (frente a lucidez)	Exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones incongruentes y extrañas, excéntricas o inusuales culturalmente, incluyendo tanto el proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como el contenido (p. ej., las creencias).
Creencias y experiencias inusuales	Creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio.
Excentricidad	Comportamiento, apariencia y/o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Desregulación cognitiva y perceptiva	Procesos y experiencias de pensamiento extrañas o inusuales como despersonalización, desrealización y experiencias disociativas; estados combinados de sueño y vigilia; vivencias de control del pensamiento.

<= Ir al Índice

Afecciones que necesitan más estudio

Se propone un grupo de criterios para las afecciones respecto a las cuales se considera conveniente seguir investigando en el futuro. Los ítems, umbrales y duraciones específicos que aparecen en estos criterios de investigación fueron fijados por consensos de expertos –basándose en una revisión de la bibliografía, un reanálisis de los datos y los resultados de los estudios de campo en el caso de que estuvieran disponibles– y pretenden proporcionar un lenguaje común para los investigadores y los clínicos interesados en estudiar estos trastornos. Se confía en que la investigación en este ámbito permitirá comprender mejor estas afecciones y que proporcionará información de cara a tomar decisiones acerca de su posible inclusión en las subsiguientes versiones del DSM. El comité elaborador y los grupos de trabajo del DSM-5 sometieron a cada uno de estos conjuntos de criterios a una cuidadosa revisión empírica, e invitaron a que se hiciesen comentarios desde un extenso ámbito profesional y por parte del público general. El comité elaborador determinó que la evidencia era insuficiente como para justificar la inclusión de estas propuestas en la Sección II como diagnósticos oficiales de los trastornos mentales. ***No se pretende que estos conjuntos de criterios propuestos sean de uso clínico; sólo los conjuntos de criterios y trastornos que aparecen en la Sección II del DSM-5 están reconocidos oficialmente y se pueden utilizar con propósitos clínicos.***

Síndrome de psicosis atenuado

Criterios propuestos

A. Al menos uno de los siguientes síntomas está presente de manera atenuada, con un juicio de realidad relativamente intacto, y es de gravedad o frecuencia suficientes como para justificar la atención clínica:
   1. Delirios.
   2. Alucinaciones.
   3. Discurso desorganizado.

B. Los síntomas deben haber estado presentes al menos una vez a la semana durante el último mes.

C. Los síntomas deben haber comenzado o empeorado en el último año.

D. Los síntomas son suficientemente angustiantes e incapacitantes para el individuo como para justificar la atención clínica.

E. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, incluyendo un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, y no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

F. Nunca se han cumplido criterios para ningún trastorno psicótico.

Características diagnósticas

Los síntomas psicóticos atenuados, tal y como se describen en el Criterio A, son similares a la psicosis, pero están por debajo del umbral de un trastorno psicótico completo. En comparación con los trastornos psicóticos, los síntomas son menos graves y más transitorios, y se conserva la introspección relativamente. El diagnóstico de síndrome de psicosis atenuado requiere un estado psicopatológico asociado a deterioro funcional y no un rasgo patológico de larga evolución. La psicopatología no habría progresado hasta alcanzar la gravedad de una psicosis completa. El síndrome de psicosis atenuado es un trastorno basado en una patología manifiesta, en la alteración del funcionamiento y en el sufrimiento asociados. Los cambios en las experiencias y en los comportamientos, que sugieren un cambio en el estado mental,

los notan el propio individuo o los demás (es decir, los síntomas son de suficiente gravedad o frecuencia como para justificar la atención clínica) (Criterio A). Los delirios atenuados (Criterio A1) pueden tener un contenido de ideas de suspicacia/persecución, entre las que están las ideas de referencia de tipo persecutorio. El individuo puede presentar una actitud defensiva y desconfiada. Cuando los delirios son de gravedad moderada, el individuo considera que los demás no son de fiar y puede estar hipervigilante o percibir malas intenciones en los demás. Cuando los delirios son graves pero aún están dentro del rango atenuado, el individuo mantiene unas creencias poco estructuradas en relación con el peligro o con las intenciones hostiles, pero estos delirios no tienen la naturaleza inamovible que se requiere para diagnosticar un trastorno psicótico. El comportamiento defensivo durante la entrevista puede interferir en la capacidad para recoger la información. Se podrían obtener una prueba de realidad y la perspectiva de ésta al mostrarle las evidencias en contra, pero se mantiene una fuerte tendencia a ver el mundo como algo hostil y peligroso. Los delirios atenuados pueden ser de contenido grandioso, y se presentan como una sensación poco realista de tener una capacidad superior. Cuando los delirios son de intensidad moderada, el individuo mantiene la idea de que tiene talento o influencia, o que es especial. Cuando los delirios son graves, el individuo tiene creencias de superioridad que a menudo provocan que los amigos se distancien y que los familiares se preocupen. Los pensamientos acerca de ser especial pueden llevarle a realizar planes e inversiones poco realistas, pero es posible provocar su escepticismo acerca de estas actitudes mediante un cuestionamiento y una confrontación persistentes.

Las alucinaciones atenuadas (Criterio A2) implican alteraciones en la sensopercepción, que son habitualmente auditivas o visuales. Cuando las alucinaciones son moderadas, los sonidos e imágenes a menudo son informes (p. ej., sombras, rastros, halos, murmullos, rumores), y se experimentan como inusuales o desconcertantes. Cuando las alucinaciones son graves, estas experiencias se vuelven más vívidas y frecuentes (es decir, son ilusiones o alucinaciones recurrentes que llaman la atención y afectan al pensamiento y a la concentración). Aunque estas anomalías en la percepción pueden afectar al comportamiento, todavía se puede provocar el escepticismo acerca de la realidad de las mismas.

La desorganización en la comunicación (Criterio A3) puede manifestarse como un discurso extraño (vago, metafórico, excesivamente elaborado, estereotipado), un discurso difuso (confuso, embrollado, demasiado rápido o demasiado lento, con palabras erróneas, contexto irrelevante, descarrilamientos) o un discurso divagante (circunstancial, tangencial). Cuando la desorganización es de gravedad moderada, el individuo a menudo entra en temas irrelevantes, pero responde con facilidad a las preguntas que se le hacen para clarificar las cuestiones. El discurso puede ser extraño pero comprensible. A un nivel moderado de gravedad, el discurso se vuelve divagante y circunstancial, y cuando la desorganización es grave, el individuo no consigue llegar "al grano" sin una guía externa (tangencial). En el grado grave pueden aparecer de manera infrecuente bloqueos del pensamiento o asociaciones laxas, en especial cuando el individuo está bajo presión, pero las preguntas para reorientarle rápidamente devuelven la estructura y la organización a la conversación.

El individuo es consciente de que se están produciendo cambios en su estado mental o en sus relaciones. Mantiene una razonable capacidad de introspección acerca de experiencias similares a las psicóticas, y en general se da cuenta de que las percepciones alteradas no son reales, y no está convencido de las ideas mágicas. El individuo debe experimentar un malestar o una alteración del funcionamiento social o de rol (Criterio D), y él mismo o las personas responsables deben notar los cambios y expresar su preocupación por dichos cambios, de modo que busque asistencia clínica (Criterio A).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El individuo puede presentar pensamiento mágico, alteraciones perceptivas, dificultad para concentrarse, cierta desorganización del pensamiento o del comportamiento, excesiva suspicacia, ansiedad, retraimiento social y alteraciones del ciclo sueño-vigilia. A menudo se observan disfunción cognitiva y síntomas negativos. Las variables de la neuroimagen diferencian entre las cohortes con síndrome de psicosis atenuado y las cohortes de controles sanos, observándose patrones similares a la esquizofrenia, pero de menor gravedad. Sin embargo, los datos de la neuroimagen no son diagnósticos a nivel individual.

Prevalencia

Se desconoce la prevalencia del síndrome de psicosis atenuado. Los síntomas del Criterio A no son infrecuentes entre la población que no busca asistencia clínica, siendo las cifras de experiencias alu-

cinatorias y pensamientos delirantes del 8-13 %. Parece haber cierto predominio del síndrome de psicosis atenuado entre los varones.

Desarrollo y curso

El síndrome de psicosis atenuado habitualmente se inicia en la adolescencia media a tardía o al inicio de la edad adulta. Puede estar precedido por un desarrollo normal o por evidencia de alteraciones cognitivas, síntomas negativos o dificultades en el desarrollo social. En las cohortes de individuos que buscan ayuda, puede progresar sintomáticamente hasta que cumplen los criterios para un trastorno psicótico aproximadamente el 18% al año y el 32 % a los 3 años. En algunos casos el síndrome puede hacer la transición a un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, pero es más frecuente el desarrollo de un trastorno del espectro de la esquizofrenia. Parece que el diagnóstico se aplica mejor a individuos con edades entre los 15 y los 35 años. No se ha descrito todavía su curso a largo plazo, más allá de 7 a 12 años.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los factores que predicen el pronóstico del síndrome de psicosis atenuado no se han caracterizado de manera definitiva, pero la presencia de síntomas negativos, disfunción cognitiva y funcionamiento pobre se asocian con un mal pronóstico y aumentan el riesgo de transición a la psicosis.

Genéticos y fisiológicos. Los antecedentes familiares de psicosis confieren al individuo con síndrome de psicosis atenuado un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psicótico completo. Los datos de alteraciones en la imagen estructural, funcional y neuroquímica se asocian con un mayor riesgo de transición a la psicosis.

Consecuencias funcionales de la psicosis atenuada

Muchos individuos pueden experimentar alteraciones en el funcionamiento. Pueden persistir alteraciones leves-moderadas en el funcionamiento social y de rol, incluso tras remitir los síntomas. Una proporción importante de individuos con el diagnóstico mejorará a lo largo del tiempo; muchos continuarán teniendo síntomas y disfunción leves, y muchos otros tendrán una recuperación completa.

Diagnóstico diferencial

Trastorno psicótico breve. Cuando inicialmente aparecen los síntomas de la psicosis atenuada, éstos pueden asemejarse a los de un trastorno psicótico leve. Sin embargo, en el síndrome de psicosis atenuada, los síntomas no cruzan el umbral de la psicosis, y la prueba de realidad/introspección se mantiene intacta.

Trastorno de la personalidad esquizotípica. Aunque presenta características sintomáticas similares a las del síndrome de psicosis atenuado, el trastorno de la personalidad esquizotípica es un trastorno de rasgo relativamente estable que no cumple con los aspectos, dependientes del estado (Criterio C), del síndrome de psicosis atenuado. Además, el trastorno de la personalidad esquizotípica requiere un abanico de síntomas más amplio, aunque en sus fases tempranas puede parecerse a un síndrome de psicosis atenuado.

Trastornos de ansiedad. Las distorsiones de la realidad, que se limitan temporalmente a un episodio de un trastorno de ansiedad y que descriptivamente son más características de un trastorno de ansiedad, no cumplen el Criterio E para el síndrome de psicosis atenuado. Por ejemplo, el sentimiento de ser el foco de atención no deseada en el contexto de un trastorno de ansiedad social no cumpliría los requisitos de un síndrome de psicosis atenuado concurrente.

Trastorno bipolar II. Las distorsiones de la realidad que están limitadas temporalmente a un episodio de manía o hipomanía y que descriptivamente son más características del trastorno bipolar no

cumplen el Criterio E para el síndrome de psicosis atenuado. Por ejemplo, la autoestima exagerada en el contexto de presión del habla y menor necesidad de sueño no cumpliría los requisitos de un síndrome de psicosis atenuado concomitante.

Trastorno de la personalidad límite. Las distorsiones de la realidad, que aparecen en el trastorno de la personalidad límite y que descriptivamente son más características de dicho trastorno, no cumplen el Criterio E para el síndrome de psicosis atenuado. Por ejemplo, la sensación de ser incapaz de experimentar sentimientos en el contexto de un temor intenso, real o imaginario a ser abandonado y las automutilaciones recurrentes no cumplirían los requisitos de un síndrome de psicosis atenuado concomitante.

Reacción de adaptación de la adolescencia. Los síntomas leves y transitorios típicos del desarrollo normal y que son congruentes con el grado de estrés que se experimenta no cumplen los requisitos de un síndrome de psicosis atenuado concomitante.

Polo extremo de las alteraciones perceptivas y el pensamiento mágico en la población no enferma. Esta posibilidad diagnóstica se debe tener muy en cuenta cuando las distorsiones de la realidad no están acompañadas de malestar, de alteración funcional ni de necesidad de asistencia.

Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos. El consumo de sustancias es común entre los individuos cuyos síntomas cumplen los criterios de un síndrome de psicosis atenuado. Cuando los síntomas característicos, que por lo demás cumplirían los requisitos, tienen una fuerte relación temporal con los episodios de uso de sustancias, podría no cumplirse el Criterio E para el síndrome de psicosis atenuado, y se podría preferir un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Los antecedentes de alteraciones en la atención no excluyen un diagnóstico actual de síndrome de psicosis atenuado. La disfunción atencional temprana puede ser una afección prodrómica o un trastorno por déficit de atención/hiperactividad concomitante.

Comorbilidad

Los individuos con síndrome de psicosis atenuado a menudo experimentan ansiedad o depresión. Algunos individuos con un diagnóstico de síndrome de psicosis atenuado progresarán a otros diagnósticos, incluyendo los trastornos de ansiedad, depresivos, bipolares y de personalidad. En estos casos, la psicopatología asociada al diagnóstico de síndrome de psicosis atenuado se reconceptualiza como la fase prodrómica de otro trastorno, no como una afección concomitante.

Episodios depresivos con hipomanía de corta duración

Criterios propuestos

Un antecedente a lo largo de toda la vida de al menos un episodio de depresión mayor que cumpla los siguientes criterios:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.)

   1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
   2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo y no está sobreimpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Al menos 2 episodios de períodos hipomaníacos a lo largo de la vida que cumplen los criterios sintomáticos requeridos que aparecen abajo, pero cuya duración es insuficiente (al menos 2 días pero menos de 4 días consecutivos) como para cumplir criterios de un episodio hipomaníaco. Los criterios sintomáticos son los siguientes:

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía.
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco de funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.
F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Características diagnósticas

Los individuos con hipomanía de corta duración han experimentado al menos un episodio de depresión mayor, además de al menos 2 episodios de 2-3 días de duración en los que se cumplieron los criterios (excepto el de duración) para un episodio hipomaníaco. Estos episodios son de suficiente intensidad como para ser catalogados como episodio hipomaníaco, pero no cumplen el requisito de duración de 4 días. Los síntomas aparecen en un grado significativo, de modo que representan un cambio notable en el comportamiento normal del individuo.

Un individuo con antecedentes de un episodio hipomaníaco sindrómico y un episodio de depresión mayor, por definición tiene un trastorno bipolar II, independientemente de la duración actual de los síntomas hipomaníacos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los individuos que han experimentado tanto hipomanía de corta duración como un episodio de depresión mayor, y que tienen una mayor comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias y más antecedentes familiares de trastorno bipolar, se parecen más a los individuos con trastorno bipolar que a aquellos con trastorno de depresión mayor.

También se han encontrado diferencias entre los individuos con hipomanía de corta duración y aquellos con trastorno bipolar sindrómico. La disfunción laboral fue mayor en los individuos con trastorno bipolar sindrómico, al igual que el número estimado de episodios previos. Los individuos con hipomanía de corta duración pueden presentar una gravedad menor que los individuos con episodios hipomaníacos sindrómicos, incluyendo una menor labilidad afectiva.

Prevalencia

La prevalencia de la hipomanía de corta duración no está clara, puesto que los criterios son nuevos desde esta edición del manual. Sin embargo, utilizando unos criterios algo diferentes, se ha estimado que la hipomanía de corta duración aparece en el 2,8 % de la población (frente a la hipomanía o manía, que aparece en el 5,5 % de la población). La hipomanía de corta duración puede ser más frecuente en las mujeres, que pueden presentar más características de depresión atípica.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. En los individuos con hipomanía de corta duración, los antecedentes familiares de manía son de 2 a 3 veces más frecuentes que en la población general, pero menos de la mitad de frecuentes que en los individuos con antecedentes de manía o hipomanía sindrómicas.

Riesgo de suicidio

Los individuos con hipomanía de corta duración tienen tasas de intentos de suicidio mayores que los individuos sanos, aunque no tan elevadas como las tasas que presentan los individuos con trastorno bipolar sindrómico.

Consecuencias funcionales de la hipomanía de corta duración

Todavía no se ha establecido por completo el deterioro funcional asociado específicamente a la hipomanía de corta duración. Sin embargo, la investigación sugiere que los individuos con este trastorno tienen menor disfunción laboral que los individuos con trastorno bipolar sindrómico, pero tienen mayor comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, en especial con el trastorno por consumo de alcohol, que los individuos con trastorno de depresión mayor.

Diagnóstico diferencial

Trastorno bipolar II. El trastorno bipolar II se caracteriza por un período de al menos 4 días de síntomas hipomaníacos, mientras que la hipomanía de corta duración se caracteriza por períodos de

2-3 días de síntomas hipomaníacos. Una vez que un individuo ha experimentado un episodio hipomaníaco (4 días o más), el diagnóstico se convierte y se mantiene como trastorno bipolar II, independientemente de la duración de los futuros episodios de síntomas hipomaníacos.

Trastorno de depresión mayor. El trastorno de depresión mayor también se caracteriza por, al menos, un episodio de depresión mayor a lo largo de la vida. Sin embargo, la presencia adicional de al menos dos períodos de 2-3 días de síntomas hipomaníacos conduce a un diagnóstico de hipomanía de corta duración en lugar de trastorno de depresión mayor.

Trastorno de depresión mayor con características mixtas. Tanto el trastorno de depresión mayor con características mixtas como la hipomanía de corta duración se caracterizan por la presencia de algunos síntomas hipomaníacos y por un episodio de depresión mayor. Sin embargo, el trastorno de depresión mayor con características mixtas se caracteriza por síntomas hipomaníacos que se presentan de manera simultánea a un episodio de depresión mayor, mientras que los individuos con hipomanía de corta duración presentan hipomanía subsindrómica y una depresión mayor sindrómica completa en momentos diferentes.

Trastorno bipolar I. El trastorno bipolar I se diferencia de la hipomanía de corta duración por la presencia de, al menos, un episodio maníaco a lo largo de la vida, que es de mayor duración (al menos una semana) y más grave (produce mayor alteración del funcionamiento social) que un episodio hipomaníaco. Un episodio (de cualquier duración) que conlleva síntomas psicóticos o que requiere un ingreso hospitalario es por definición un episodio maníaco, y no hipomaníaco.

Trastorno ciclotímico. Aunque el trastorno ciclotímico se caracteriza por la presencia de períodos de síntomas depresivos y períodos de síntomas hipomaníacos, la presencia de un episodio de depresión mayor a lo largo de la vida excluye el diagnóstico de un trastorno ciclotímico.

Comorbilidad

De manera similar a los episodios hipomaníacos completos, la hipomanía de corta duración se ha asociado con tasas mayores de trastornos de ansiedad y de trastornos por consumo de sustancias simultáneos que las que se encuentran en la población general.

Trastorno de duelo complejo persistente

Criterios propuestos

A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
    1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
    2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
    3. Preocupación en relación al fallecido.
    4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.
C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para rememorar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

Alteración social/de la identidad

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Especificar si:

Con duelo traumático: Duelo debido a un homicidio o suicidio con preocupaciones angustiantes persistentes acerca de la naturaleza traumática de la muerte (que a menudo aparecen en respuesta a recordatorios de la pérdida), incluyendo los últimos momentos del fallecido, el grado de sufrimiento y de lesiones mutilantes, o la naturaleza maliciosa o intencionada del fallecimiento.

Características diagnósticas

El trastorno de duelo complejo persistente se diagnostica sólo si han transcurrido al menos 12 meses (6 en los niños) desde la muerte de alguien con quien el doliente tenía una relación cercana (Criterio A). Este marco temporal discrimina entre el duelo normal y el duelo persistente. La afección típicamente conlleva un anhelo/añoranza persistente del fallecido (Criterio B1), que puede estar asociado con pena intensa y llanto frecuente (Criterio B2), o con preocupación en relación al fallecido (Criterio B3). El individuo también puede estar preocupado con la manera en la que murió la persona (Criterio B4).

Se requieren 6 síntomas adicionales, incluyendo una importante dificultad para aceptar que el individuo ha fallecido (Criterio C1) (p. ej., prepararle comida), incredulidad de que haya fallecido (Criterio C2), recuerdos angustiantes acerca del fallecido (Criterio C3), rabia en relación a la pérdida (Criterio C4), valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (Criterio C5) y evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (Criterio C6). Los individuos también pueden referir deseos de morir para poder estar con el fallecido (Criterio C7), son desconfiados con otras personas (Criterio C8), se sienten aislados (Criterio C9), creen que la vida carece de sentido o propósito sin el fallecido (Criterio C10), experimentan una disminución del sentimiento de identidad propia al sentir que una parte de ellos ha muerto o se ha perdido (Criterio C11), o tienen dificultades para realizar actividades, entablar relaciones o hacer planes de futuro (Criterio C12).

El trastorno de duelo complejo persistente requiere un malestar clínicamente significativo o una alteración en el funcionamiento psicosocial (Criterio D). La naturaleza y la gravedad de la pena deben ser mayores de lo normal esperable para el entorno cultural, el grupo religioso o la etapa del desarrollo concretos (Criterio E). Aunque hay variaciones en cómo se manifiesta la pena, los síntomas del trastorno de duelo complejo persistente aparecen en ambos géneros y en diversos grupos sociales y culturales.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Algunos individuos con trastorno de duelo complejo persistente presentan alucinaciones del fallecido (auditivas o visuales), en las que de manera temporal perciben la presencia del difunto (p. ej., ver al fallecido sentado en su silla favorita). También pueden experimentar diversas quejas somáticas (p. ej., molestias digestivas, dolor, fatiga), incluso los síntomas que padecía el fallecido.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de duelo complejo persistente es de aproximadamente un 2,4-4,8 %. El trastorno es más prevalente en las mujeres que en los varones.

Desarrollo y curso

El trastorno de duelo complejo persistente puede aparecer a cualquier edad, a partir de la edad de un año. Los síntomas habitualmente comienzan en los primeros meses tras la muerte, aunque puede haber una demora de meses o incluso años hasta que aparece el síndrome completo. Aunque las respuestas de dolor habitualmente aparecen inmediatamente tras la pérdida, éstas no se diagnostican como trastorno de duelo complejo persistente salvo que los síntomas superen los 12 meses (6 meses en los niños).

Los niños pequeños pueden experimentar la pérdida de un cuidador como traumática, dados los efectos desorganizadores que puede tener la ausencia del cuidador sobre la respuesta de afrontamiento del niño. En los niños, el sufrimiento puede expresarse, en el juego y en el comportamiento, mediante regresiones en el desarrollo y por comportamientos ansiosos o de protesta a la hora de separarse y de reencontrarse. El malestar por la separación puede predominar en los niños pequeños, y los niños mayores y los adolescentes pueden manifestar más malestar social/de identidad y riesgo de depresión simultáneo.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. El riesgo de presentar un trastorno de duelo complejo persistente aumenta en los casos de mayor dependencia de la persona fallecida previa a la muerte, y si el que fallece es un hijo. Las alteraciones en el apoyo de los cuidadores aumenta el riesgo para los niños en duelo.

Genéticos y ambientales. El riesgo de presentar el trastorno aumenta si el individuo en duelo es una mujer.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los síntomas del trastorno de duelo complejo persistente se observan en diferentes entornos culturales, pero las respuestas de dolor se pueden manifestar de maneras que son culturalmente específicas. El diagnóstico del trastorno requiere que las respuestas persistentes y graves sobrepasen las normas culturales de respuestas de dolor, y que no se expliquen mejor por rituales de duelo culturalmente específicos.

Riesgo de suicidio

Los individuos con trastorno de duelo complejo persistente a menudo refieren ideación suicida.

Consecuencias funcionales del trastorno de duelo complejo persistente

El trastorno de duelo complejo persistente se asocia con déficits en el funcionamiento laboral y social y se acompaña de comportamientos perjudiciales para la salud, como un aumento del consumo de tabaco y alcohol. También se asocia con un aumento marcado del riesgo de presentar afecciones médicas graves, como enfermedad cardíaca, hipertensión, cáncer, inmunodeficiencias, y con una menor calidad de vida.

Diagnóstico diferencial

Duelo normal. El trastorno de duelo complejo persistente se diferencia de la pena normal por la presencia de reacciones de dolor intensas que persisten al menos 12 meses (o 6 meses en los niños) tras la muerte del fallecido. Sólo se diagnostica un trastorno de duelo complejo persistente cuando persisten las respuestas de dolor intensas que interfieren con la capacidad del individuo para funcionar durante al menos 12 meses tras la muerte.

Trastornos depresivos. El trastorno de duelo complejo persistente, el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia) tienen en común la tristeza, el llanto y los pensamientos suicidas. Aunque el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente pueden compartir el ánimo deprimido con el trastorno de duelo complejo persistente, este último se caracteriza por centrarse en la pérdida.

Trastorno de estrés postraumático. Los individuos que presentan un duelo como resultado de una muerte traumática pueden desarrollar tanto trastorno de estrés postraumático (TEPT) como trastorno de duelo complejo persistente. Ambas afecciones pueden conllevar pensamientos intrusivos y evitación. Mientras que las intrusiones del TEPT se centran en el acontecimiento traumático, los recuerdos intrusivos del trastorno de duelo complejo persistente se centran en los pensamientos acerca de muchos aspectos de la relación con el fallecido, como los aspectos positivos de la relación y el malestar por la separación. En los individuos con el especificador de duelo traumático del trastorno de duelo complejo persistente, los pensamientos o sentimientos angustiantes pueden estar más abiertamente relacionados con la forma de morir, presentando fantasías angustiantes acerca de lo que sucedió. Tanto el trastorno de duelo complejo persistente como el TEPT pueden conllevar una evitación de los recordatorios de los acontecimientos angustiantes. Mientras que la evitación en el TEPT se caracteriza por una evitación de los recordatorios internos y externos de la experiencia traumática, en el trastorno de duelo complejo persistente también hay preocupación por la pérdida y añoranza del fallecido, que están ausentes en el TEPT.

Trastorno de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por ansiedad acerca de la separación de las figuras de apego actuales, mientras que el trastorno de duelo complejo persistente conlleva malestar por la separación de un individuo que ha fallecido.

Comorbilidad

Los trastornos que con más frecuencia aparecen de manera simultánea con el trastorno de duelo complejo persistente son el trastorno de depresión mayor, el TEPT y los trastornos por consumo de sustancias. Es más frecuente que el TEPT aparezca coincidiendo con el trastorno de duelo complejo persistente cuando la muerte tuvo lugar en circunstancias traumáticas o violentas.

Trastorno por consumo de cafeína

Criterios propuestos

Un patrón de consumo de cafeína problemático que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, que se manifiesta por al menos 3 de los criterios siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el consumo de cafeína.
2. Se continúa con el consumo de cafeína a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ella.

3. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
   a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la cafeína.
   b. Se consume cafeína (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Con frecuencia se consume cafeína en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
5. Consumo recurrente de cafeína que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., retrasos o ausencias repetidas del trabajo o la escuela relacionados con el consumo o abstinencia de cafeína).
6. Consumo continuado de cafeína a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por los efectos de la cafeína (p. ej., discusiones con el cónyuge sobre las consecuencias del consumo, los problemas médicos o el coste).
7. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
   a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de cafeína para conseguir el efecto deseado.
   b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cafeína.
8. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cafeína, consumirla o recuperarse de sus efectos.
9. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cafeína.

En la CIE-10, la Organización Mundial de la Salud reconoce el diagnóstico de síndrome de dependencia debido a la cafeína. Desde la publicación del DSM-IV en 1994 el volumen de investigación generado acerca de la dependencia a la cafeína es abundante, y varias revisiones recientes proporcionan un análisis actualizado de la bibliografía. En este momento se dispone de evidencia suficiente como para justificar la inclusión del trastorno por consumo de cafeína, como diagnóstico de investigación en el DSM-5, para promover que se realicen más estudios. El algoritmo diagnóstico de trabajo que se propone para el estudio del trastorno por consumo de cafeína difiere del de otros trastornos por consumo de sustancias, reflejando la necesidad de identificar sólo los casos que tienen suficiente importancia clínica como para justificar etiquetarlos de trastorno mental. Un objetivo clave, al incluir el trastorno por consumo de cafeína en esta sección del DSM-5, es estimular la investigación, que determinará la fiabilidad, la validez y la prevalencia del trastorno por consumo de cafeína basándose en el esquema diagnóstico propuesto y prestando especial atención a la relación del diagnóstico con las alteraciones funcionales como parte de las pruebas de validez.

Los criterios propuestos para el trastorno por consumo de cafeína reflejan la necesidad de un umbral diagnóstico más alto que el utilizado para otros trastornos por consumo de sustancias. Se pretende que dicho umbral evite el sobrediagnóstico del trastorno por consumo de cafeína debido a la elevada tasa de consumo diario habitual de cafeína no problemático en la población general.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de cafeína se caracteriza por el consumo continuado de cafeína y por el fracaso en controlar su uso a pesar de las consecuencias físicas o psicológicas negativas. En una encuesta realizada en la población general, el 14 % de los consumidores de cafeína cumplió el criterio de consumir a pesar de que les resulta dañino, y la mayoría refería que un médico o un terapeuta les había recomendado suspender o reducir el consumo de cafeína en el último año. Los problemas médicos y psicológicos atribuidos a la cafeína implicaban problemas de corazón, de estómago y urinarios, y quejas de ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad y dificultades para pensar. En la misma encuesta, el 45 % de los consumidores de cafeína refirieron deseos o intentos infructuosos de controlar el consumo de cafeína; el 18 % refirió síntomas de abstinencia, el 8 % refirió tolerancia, el 28 % consumió más de lo que pretendía y el 50 % señaló que dedicaba mucho tiempo a consumir cafeína. Además, el 19 % refirió un fuerte deseo de consumir cafeína que no podía resistir, y menos del 1 % refirió que la cafeína había interferido en sus actividades sociales.

Entre los que buscaban tratamiento para abandonar un consumo problemático de cafeína, el 88 % refirió que había realizado intentos serios previos para modificar el consumo de cafeína, y el 43 % refirió que un profesional sanitario les había recomendado reducir o suprimir la cafeína. El 93 % presentó sig-

nos y síntomas que cumplían los criterios DSM-IV para la dependencia a la cafeína, siendo los criterios más frecuentes la abstinencia (96 %), el deseo persistente o los intentos infructuosos de controlar el consumo (89 %), y el consumo a pesar de saber que se sufren problemas físicos o psicológicos causados por la cafeína (87 %). Las razones más comunes para querer modificar el consumo de cafeína estaban relacionadas con la salud (59 %) y con el deseo de no tener una dependencia de la cafeína (35 %).

La discusión acerca de la abstinencia de cafeína, que aparece en el capítulo Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos de la Sección II, proporciona información acerca de las características del criterio de abstinencia. Está bien documentado que los consumidores habituales de cafeína pueden experimentar un síndrome de abstinencia bien definido ante una abstinencia aguda de cafeína, y que muchos individuos dependientes de la cafeína refieren que continúan consumiendo cafeína para evitar los síntomas de abstinencia.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno por consumo de cafeína en la población general no está clara. Basándose en los siete criterios genéricos de dependencia del DSM-IV-TR, el 30 % de todos los consumidores actuales de cafeína podría haber cumplido los criterios del DSM-IV para diagnosticar una dependencia de cafeína, durante el año previo, al presentar tres o más de los criterios de dependencia. Cuando sólo se utilizan cuatro de los siete criterios (los tres criterios primarios propuestos anteriormente más la tolerancia), la prevalencia parece caer hasta el 9 %. Así pues, la prevalencia esperada del trastorno por consumo de cafeína entre los consumidores habituales de cafeína probablemente sea menor del 9 %. Puesto que aproximadamente el 75-80 % de la población general consume cafeína de manera habitual, la prevalencia estimada sería menor del 7 %. Entre los bebedores habituales de cafeína con mayor riesgo de presentar problemas por consumo de cafeína (p. ej., los estudiantes de instituto y universitarios, los individuos en tratamiento por drogas y los individuos ingresados en las unidades del dolor que tienen antecedentes recientes de uso inadecuado de alcohol o de drogas ilegales), aproximadamente el 20 % puede presentar un patrón de consumo que cumple los tres criterios propuestos en el Criterio A.

Desarrollo y curso

Los individuos cuyo patrón de uso cumple los criterios para un trastorno por consumo de cafeína muestran un amplio espectro de ingestas diarias de cafeína, y consumen diferentes tipos de productos (p. ej., café, refrescos, té) y medicamentos que contienen cafeína. Se ha demostrado que el diagnóstico de trastorno por consumo de cafeína predice de manera prospectiva una mayor incidencia del refuerzo secundario a la cafeína y una abstinencia mayor.

No se han realizado investigaciones longitudinales o transversales acerca del trastorno por consumo de cafeína a lo largo de la vida. El trastorno por consumo de cafeína se ha identificado tanto en los adolescentes como en los adultos. Las tasas de consumo de cafeína y el nivel global de consumo de cafeína tienden a aumentar con la edad hasta la primera mitad de la treintena, y posteriormente se nivelan. En el trastorno por consumo de cafeína se desconocen los factores asociados a la edad, aunque está aumentando la preocupación en relación al consumo excesivo de cafeína entre los adolescentes y los adultos jóvenes a través del consumo de bebidas energéticas que contienen cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. La heredabilidad del consumo importante de cafeína, de la tolerancia a la cafeína y de la abstinencia de cafeína oscila entre el 35 y el 77 %. Para el consumo de cafeína, alcohol y cigarrillos, subyace un factor genético común (el policonsumo de sustancias) al consumo de estas tres sustancias, y son un 28-41 % los efectos heredables de la cafeína (o de su consumo importante) que se comparten con los del alcohol y el tabaco. Los trastornos por consumo de cafeína y de tabaco se asocian y están influenciados de manera notable por factores genéticos exclusivos de estas drogas legales. La magnitud de la heredabilidad de los marcadores del trastorno por consumo de cafeína parece similar a la de los marcadores de los trastornos por consumo de alcohol y tabaco.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cafeína

El trastorno por consumo de cafeína puede predecir un mayor consumo de cafeína durante el embarazo. Se ha demostrado que la abstinencia de cafeína, una característica clave del trastorno por consumo de cafeína,

provoca deterioro funcional en las actividades de la vida cotidiana. La intoxicación por cafeína puede implicar síntomas de náuseas y vómitos, además de alteración de las actividades normales. Durante la abstinencia de cafeína pueden producirse disrupciones significativas en las actividades de la vida cotidiana.

Diagnóstico diferencial

Consumo no problemático de cafeína. La distinción entre el consumo no problemático de cafeína y el trastorno por consumo de cafeína puede ser difícil de hacer, puesto que los problemas sociales, comportamentales o psicológicos pueden ser difíciles de atribuir a la sustancia, en especial en el contexto de un consumo de otras sustancias. El consumo habitual de cantidades importantes de cafeína, que pueden producir tolerancia y abstinencia, es relativamente común y no debe por sí solo bastar para realizar el diagnóstico.

Trastorno por consumo de otros estimulantes. Los problemas relacionados con el consumo de otros medicamentos o sustancias estimulantes pueden presentar características similares a las del trastorno por consumo de cafeína.

Trastornos de ansiedad. El consumo crónico de cantidades importantes de cafeína puede mimetizar un trastorno de ansiedad generalizada, y el consumo agudo de cafeína puede producir y mimetizar ataques de pánico.

Comorbilidad

Puede haber comorbilidad entre el trastorno por consumo de cafeína, fumar cigarrillos a diario y los antecedentes personales o familiares de trastorno por consumo de alcohol. Algunas características del trastorno por consumo de cafeína (p. ej., la tolerancia, la abstinencia de cafeína) pueden estar asociadas con varios diagnósticos: depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de la personalidad antisocial del adulto, y trastornos por consumo de alcohol, cannabis y cocaína.

Trastorno de juego por internet

Criterios propuestos

Uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos, a menudo con otros jugadores, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo tal y como indican 5 (o más) de los siguientes en un período de 12 meses:

1. Preocupación con los juegos de internet. (El individuo piensa en actividades de juego previas o anticipa jugar el próximo juego; internet se convierte en la actividad dominante de la vida diaria.)
   Nota: Este trastorno es diferente de las apuestas por internet, que se incluyen dentro del juego patológico.
2. Aparecen síntomas de abstinencia al quitarle los juegos por internet. (Estos síntomas se describen típicamente como irritabilidad, ansiedad o tristeza, pero no hay signos físicos de abstinencia farmacológica).
3. Tolerancia (la necesidad de dedicar cada vez más tiempo a participar en juegos por internet).
4. Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por internet.
5. Pérdida del interés por aficiones y entretenimientos previos como resultado de, y con la excepción de los juegos por internet.
6. Se continúa con el uso excesivo de los juegos por internet a pesar de saber los problemas psicosociales asociados.
7. Ha engañado a miembros de su familia, terapeutas u otras personas en relación a la cantidad de tiempo que juega por internet.
8. Uso de los juegos por internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (p. ej., sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad).
9. Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral debido a su participación en juegos por internet.

Nota: Sólo se incluyen en este trastorno los juegos por internet que no son de apuestas. No se incluye el uso de internet para realizar actividades requeridas en un negocio o profesión; tampoco se pretende que el trastorno incluya otros usos recreativos o sociales de internet. De manera similar, se excluyen las páginas sexuales de internet.

Especificar la gravedad actual:

El trastorno de juego por internet puede ser leve, moderado o grave, dependiendo del grado de disrupción de las actividades habituales. Los individuos con trastorno de juego por internet menos grave pueden presentar menos síntomas y menor alteración en sus vidas. Aquellos con un trastorno de juego por internet grave dedicarán más horas al ordenador y tendrán una mayor pérdida de relaciones o de oportunidades laborales o escolares.

Subtipos

Hasta la fecha no se han investigado bien los subtipos del trastorno de juego por internet. El trastorno de juego por internet a menudo implica juegos de internet concretos, pero también podrían estar implicados juegos de ordenador que no sean por internet, aunque se ha investigado menos acerca de estos últimos. Es probable que los juegos preferidos varíen a lo largo del tiempo a medida que se desarrollan y popularizan juegos nuevos, y no está claro si los comportamientos y las consecuencias asociadas al trastorno de juego por internet varían en función del tipo de juego.

Características diagnósticas

En la actualidad el juego patológico es el único trastorno no relacionado con sustancias que ha sido propuesto para su inclusión entre los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos adictivos del DSM-5. Sin embargo, hay otros trastornos comportamentales que muestran algunas semejanzas con los trastornos relacionados con sustancias y con el juego patológico para los que se suele emplear la palabra *adicción* en los ámbitos no médicos, y la única afección que cuenta con una bibliografía considerable es la práctica compulsiva de juegos por internet. El juego por internet se ha definido como una "adicción" por el gobierno de China y se han establecido programas de tratamiento. Se han publicado reseñas acerca del tratamiento de esta afección en revistas médicas, principalmente en los países asiáticos y algunas en Estados Unidos.

El grupo de trabajo del DSM-5 revisó más de 240 artículos y encontró algunas semejanzas comportamentales del trastorno de juego por internet con el juego patológico y con los trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, la bibliografía aqueja la ausencia de una definición estándar a partir de la cual conseguir datos de prevalencia. También falta conocimiento acerca de la evolución natural de los casos, con o sin tratamiento. La bibliografía sí describe muchas semejanzas subyacentes con las adicciones a sustancias, entre otros los aspectos de tolerancia, abstinencia, los intentos fracasados repetidos de reducir o abandonar, y la afectación del funcionamiento normal. Además, las tasas de prevalencia aparentemente elevadas, tanto en los países asiáticos como, en menor medida, en Occidente, justificaron la inclusión de este trastorno en la Sección III del DSM-5.

El trastorno de juego por internet tiene una importancia significativa para la salud pública, y la investigación adicional podría proporcionar evidencia de que el trastorno de juego por internet (también denominado *trastorno por uso de internet*, *adicción a internet* o *adicción a los juegos*) merecería ser considerado un trastorno independiente. Tal y como sucede con el juego patológico, debería haber estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia, el curso clínico, la posible influencia genética y los factores biológicos potenciales basándose, por ejemplo, en los datos de imagen cerebral.

El trastorno de juego por internet es un patrón de uso excesivo y prolongado de juegos por internet que tiene como resultado un grupo de síntomas cognitivos y comportamentales, como la pérdida progresiva de control sobre el juego, la tolerancia y los síntomas de abstinencia, que son análogos a los síntomas de los trastornos por consumo de sustancias. Al igual que en los trastornos relacionados con sustancias, los individuos con trastorno de juego por internet continúan sentados delante de un ordenador realizando actividades de juego a pesar de que están descuidando otras actividades. Típicamente dedican 8-10 horas o más al día y, al menos, 30 horas por semana a realizar esta actividad. Si se evita que utilicen un ordenador y sigan jugando, se agitan y se enfadan. A menudo pasan largos períodos sin comer ni dormir. Desatienden las obligaciones normales, tales como la escuela o el tra-

bajo, o las obligaciones familiares. La afección se considera por separado del juego patológico, que utiliza internet a causa de que no hay dinero en juego.

La característica esencial del trastorno de juego por internet es una participación persistente y recurrente en los juegos de ordenador, típicamente juegos de grupo, durante muchas horas. Estos juegos conllevan la competición entre grupos de jugadores (que a menudo están en diferentes regiones del mundo, por lo que la duración del juego es independiente de las zonas horarias) que participan en actividades complejas y estructuradas que implican un aspecto significativo de interacción social durante el juego. Los sentimientos de equipo parecen ser una motivación clave. Se resisten tenazmente a los intentos de reconducir al individuo hacia sus tareas escolares o sus actividades interpersonales. De este modo, se descuidan las ocupaciones personales, familiares o vocacionales. Cuando se les pregunta a los individuos, las razones fundamentales aducidas para utilizar el ordenador suelen ser "evitar el aburrimiento" más que comunicarse o buscar información.

La descripción de los criterios relacionados con esta afección está adaptada de un estudio realizado en China. Hasta que se determinen empíricamente los criterios y el umbral para el diagnóstico óptimos, se deben utilizar definiciones conservadoras, de manera que se consideraría el diagnóstico si se cumplieran cinco o más de los nueve criterios.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

No se han identificado tipos de personalidad consistentes asociados al trastorno de juego por internet. Algunos autores describen diagnósticos asociados, como los trastornos depresivos, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) o el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En los individuos con juego por internet compulsivo se ha encontrado una activación cerebral desencadenada por la exposición al juego de internet en regiones específicas que no se limitan al sistema de recompensa.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno de juego por internet no está clara debido a los diversos cuestionarios, criterios y umbrales diagnósticos empleados, pero parece ser mayor en los países asiáticos y en los varones adolescentes de entre 12 y 20 años de edad. Hay abundantes reseñas de los países asiáticos, en especial de China y Corea del Sur, y menos de Europa y Norteamérica, que tienen estimaciones de prevalencia muy variables. La prevalencia puntual en los adolescentes (edades de 15-19 años) en un estudio asiático, que utilizó un umbral diagnóstico de 5 criterios, era del 8,4 % para los varones y del 4,5 % para las mujeres.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La disponibilidad de ordenadores con conexión a internet permite el acceso a los tipos de juego con los que más habitualmente se asocia el trastorno de juego por internet.

Genéticos y fisiológicos. Los varones adolescentes parecen tener el mayor riesgo de desarrollar un trastorno de juego por internet, y se ha especulado que el entorno ambiental o genético asiático sería otro factor de riesgo, aunque esto sigue sin estar claro.

Consecuencias funcionales del trastorno de juego por internet

El trastorno de juego por internet puede llevar al fracaso escolar, a la pérdida del trabajo o al fracaso matrimonial. El comportamiento de juego compulsivo tiende a desplazar las actividades sociales, escolares y familiares normales. Las notas de los estudiantes pueden ir en declive y finalmente llevar al fracaso académico. Se pueden desatender las responsabilidades familiares.

Diagnóstico diferencial

El uso excesivo de internet que no conlleve jugar a juegos *online* (p. ej., el uso excesivo de los medios sociales, como Facebook, o ver pornografía *online*) no se considera análogo al trastorno de juego por

internet, y las investigaciones futuras acerca de los otros usos excesivos de internet deberían seguir unas directrices similares a las que se sugieren aquí. Las apuestas *online* excesivas podrían constituir un diagnóstico aparte de juego patológico.

Comorbilidad

Se puede descuidar la salud debido al juego compulsivo. Otros diagnósticos que pueden asociarse al trastorno de juego por internet son el trastorno de depresión mayor, el TDAH y el TOC.

Trastorno neurocomportamental asociado con la exposición prenatal al alcohol

Criterios propuestos

A. Una exposición al alcohol durante la gestación, incluyendo aquella anterior a conocer el estado de embarazo, más que mínima. La confirmación de la exposición gestacional al alcohol puede obtenerse a partir del consumo de alcohol durante el embarazo referido por la propia madre, de la historia clínica o de registros de otro tipo, o de la observación clínica.

B. Afectación del funcionamiento neurocognitivo, que se manifiesta por uno o más de los siguientes:

1. Alteración del rendimiento intelectual global (es decir, un CI de 70 o menos, o una puntuación estándar de 70 o menos en una evaluación detallada del desarrollo).
2. Alteración en el funcionamiento ejecutivo (p. ej., planificación y organización pobres, falta de flexibilidad, dificultades para inhibir el comportamiento).
3. Alteración en el aprendizaje (p. ej., logros académicos menores de los esperados para su nivel intelectual, afectación específica del aprendizaje).
4. Alteración de la memoria (p. ej., problemas para recordar la información que se ha aprendido recientemente, cometer los mismos errores de manera repetida, dificultades para recordar instrucciones verbales extensas).
5. Alteración del razonamiento visoespacial (p. ej., dibujos desorganizados o pobremente planificados, problemas para diferenciar entre izquierda y derecha).

C. Afectación de la autorregulación, que se manifiesta por uno o más de los siguientes:

1. Alteración en la regulación del afecto o el comportamiento (p. ej., labilidad afectiva, afecto negativo o irritabilidad, arrebatos conductuales frecuentes).
2. Déficit de atención (p. ej., dificultad para cambiar la atención, dificultad para mantener el esfuerzo mental).
3. Alteración en el control de impulsos (p. ej., dificultad para esperar su turno, dificultad para cumplir las reglas).

D. Afectación en el funcionamiento adaptativo, que se manifiesta por dos o más de los siguientes, de los cuales uno debe ser (1) o (2):

1. Déficit en la comunicación (p. ej., retraso en la adquisición del lenguaje, dificultades para comprender el lenguaje hablado).
2. Alteración en la comunicación e interacción social (p. ej., es excesivamente amigable con desconocidos, dificultades para descifrar claves sociales, dificultades para comprender las consecuencias sociales).
3. Alteración en las habilidades de la vida diaria (p. ej., retraso en el aseo, la alimentación o el baño, dificultades para manejar la planificación de actividades diaria).
4. Alteración en las habilidades motoras (p. ej., desarrollo motor fino pobre, retraso en la adquisición de hitos motores gruesos o déficits sostenidos en la función motora gruesa, déficits en la coordinación y el equilibrio).

E. El inicio del trastorno (síntomas de los Criterios B, C y D) tiene lugar en la infancia.

F. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, académicas, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
G. El trastorno no se explica mejor por los efectos fisiológicos directos asociados al uso posnatal de una sustancia (p. ej., un medicamento, alcohol u otras drogas), a una afección médica general (p. ej., lesión cerebral traumática, delirium, demencia), a otro teratógeno conocido (p. ej., el síndrome hidantoínico fetal), a una afección genética (p. ej., el síndrome de Williams, el síndrome de Down, el síndrome de Cornelia de Lange) o a la negligencia ambiental.

El alcohol es un teratógeno neurocomportamental, y la exposición prenatal al alcohol tiene efectos teratógenos sobre el desarrollo y posterior funcionamiento del sistema nervioso central (SNC). El *trastorno neurocomportamental asociado con la exposición prenatal al alcohol* (TN-EPA) es un nuevo término clarificador que pretende abarcar el rango completo de disfunciones del desarrollo que se asocian con la exposición intrauterina al alcohol. Las guías diagnósticas actuales permiten que se diagnostique el TN-EPA tanto en ausencia como en presencia de los efectos físicos de la exposición prenatal al alcohol (p. ej., el dismorfismo facial que se requiere para diagnosticar un síndrome alcohólico fetal).

Características diagnósticas

Las características esenciales del TN-EPA son la manifestación de alteraciones del funcionamiento neurocognitivo, comportamental y adaptativo que se asocian a la exposición prenatal al alcohol. Se pueden documentar las disfunciones basándose en las evaluaciones diagnósticas pasadas (p. ej., las evaluaciones psicológicas o escolares), en la historia clínica, en lo referido por el individuo o los informantes, o en lo observado por un clínico.

Un diagnóstico clínico de síndrome alcohólico fetal, que implica dismorfismo facial y retraso en el crecimiento específicos relacionados con la exposición prenatal al alcohol, se podría utilizar como evidencia de que hubo unos niveles significativos de exposición prenatal al alcohol. Aunque se han descrito efectos adversos del consumo de alcohol en cantidades menores tanto en los estudios en animales como en los humanos, sigue siendo un reto identificar cuánta exposición prenatal se requiere para producir un impacto significativo en el neurodesarrollo. Los datos sugieren que puede ser necesario que haya antecedentes de una exposición gestacional más que mínima (p. ej., beber más que un poco) previamente antes de conocer el estado de embarazo o tras conocerlo. Beber un poco se define como 1-13 bebidas al mes durante el embarazo, sin consumir más de 2 de estas bebidas en una sola ocasión. Para identificar un umbral mínimo de bebida durante el embarazo habrá que tener en cuenta una serie de factores que se sabe que afectan a la exposición o que interactúan para influir en el resultado del desarrollo, entre los que están la fase del desarrollo prenatal, fumar durante la gestación, la genética materna y fetal, y el estado físico materno (es decir, la edad, la salud y ciertos problemas obstétricos).

Los síntomas del TN-EPA comprenden una afectación marcada del rendimiento intelectual (CI) o alteraciones neurocognitivas en cualquiera de las siguientes áreas: el funcionamiento ejecutivo, el aprendizaje, la memoria y/o el razonamiento visoespacial. Aparece una afectación de la autorregulación que puede implicar alteraciones en la regulación del afecto o el comportamiento, déficit de atención o alteraciones en el control de los impulsos. Por último, la afectación del funcionamiento adaptativo implica déficits en la comunicación, y la alteración de la comunicación y de la interacción social. Puede haber afectación de las habilidades de la vida diaria (de autoayuda) y de las habilidades motoras. Puesto que puede ser difícil obtener una evaluación precisa de las habilidades neurocognitivas de los niños pequeños, es adecuado aplazar el diagnóstico en los niños que tengan 3 años o menos.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las características asociadas varían en función de la edad, el grado de exposición al alcohol y el entorno del individuo. Se puede diagnosticar a un individuo de este trastorno independientemente de su ambiente socioeconómico o cultural. Sin embargo, a menudo aparece un consumo mantenido inadecuado de alcohol/sustancias por parte de los padres, una enfermedad mental en los padres, la exposición a violencia doméstica o en la comunidad, el abandono o el maltrato, la perturbación de las relaciones de cuidado, las acogidas múltiples fuera del hogar y la falta de continuidad en los cuidados médicos o de salud mental.

Prevalencia

Se desconocen las tasas de prevalencia del TN-EPA. Sin embargo, en Estados Unidos las tasas estimadas de prevalencia de las afecciones clínicas asociadas con la exposición prenatal al alcohol son del 2-5 %.

Desarrollo y curso

Entre los individuos con exposición prenatal al alcohol, la evidencia de disfunción del SNC varía en función de la etapa del desarrollo. Aunque alrededor de la mitad de los niños pequeños, que estuvieron expuestos al alcohol en el período prenatal, muestran un retraso marcado en el desarrollo en los primeros 3 años de vida, otros niños afectados por la exposición prenatal al alcohol pueden no exhibir signos de disfunción del SNC hasta que están en la edad preescolar o escolar. Además, la afectación de los procesos cognitivos de orden superior (es decir, del funcionamiento ejecutivo), que a menudo se asocian con la exposición prenatal al alcohol, se puede evaluar con mayor facilidad en los niños mayores. Cuando los niños alcanzan la edad escolar, habitualmente surgen con más claridad las dificultades en el aprendizaje, la alteración en la función ejecutiva y los problemas con las funciones integrativas del lenguaje, y pueden hacerse más evidentes tanto los déficits en las habilidades sociales como el comportamiento desafiante. En concreto, a medida que se hacen más complejas las exigencias escolares y de otro tipo, se observan mayores déficits. Debido a esto, los años escolares representan el período durante el cual es más probable que se realice un diagnóstico de TN-EPA.

Riesgo de suicidio

El suicidio es un desenlace que presenta un riesgo elevado, aumentando las tasas de manera significativa en la adolescencia tardía y en el inicio de la edad adulta.

Consecuencias funcionales del trastorno neurocomportamental asociado con la exposición prenatal al alcohol

La disfunción del SNC que se observa en individuos con TN-EPA a menudo lleva a mermas en el comportamiento adaptativo y a comportamientos desadaptativos con consecuencias de por vida. Los individuos afectados por una exposición prenatal al alcohol tienen una mayor prevalencia de alteraciones en la trayectoria escolar, un historial laboral pobre, problemas con la ley, reclusión (legal o psiquiátrica) y condiciones de vida dependientes.

Diagnóstico diferencial

Trastornos atribuibles a los efectos fisiológicos asociados al uso posnatal de una sustancia, a otra afección médica o a la negligencia ambiental. Otras consideraciones a tener en cuenta incluyen los efectos fisiológicos asociados al uso posnatal de sustancias, como una medicación, el alcohol u otras sustancias, los trastornos debidos a otra afección médica, como la lesión cerebral traumática u otro trastorno neurocognitivo (p. ej., el delirium, el trastorno neurocognitivo mayor [demencia]), o la negligencia ambiental.

Afecciones genéticas y teratógenas. Afecciones genéticas, como el síndrome de Williams, el síndrome de Down o el síndrome de Cornelia de Lange, y otras afecciones teratógenas como el síndrome hidantoínico fetal y la fenilcetonuria materna pueden tener características físicas y comportamentales similares. Se requiere una cuidadosa revisión de los antecedentes de exposición prenatal para clarificar el agente teratógeno, y podría ser necesaria la evaluación por un genetista clínico para distinguir las características físicas asociadas con esta y con otras afecciones genéticas.

Comorbilidad

Se han identificado problemas de salud mental en más del 90 % de los individuos con antecedentes de exposición prenatal significativa al alcohol. El diagnóstico concurrente más común es el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, pero las investigaciones han mostrado que los individuos con TN-EPA difieren en las características neuropsicológicas y en su respuesta a las intervenciones

farmacológicas. Otros trastornos con alta probabilidad de coincidencia son el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta, pero se debería sopesar la adecuación de estos diagnósticos en el contexto de las disfunciones significativas en el funcionamiento intelectual general y en el funcionamiento ejecutivo que, a menudo, se asocian con la exposición prenatal al alcohol. Se han descrito síntomas afectivos, entre los que están los síntomas del trastorno bipolar y de los trastornos depresivos. Los antecedentes de exposición prenatal al alcohol se asocian con un mayor riesgo de presentar más adelante trastornos por consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

Trastorno de comportamiento suicida

Criterios propuestos

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.
   Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El "momento de inicio" es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.
B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:
   Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.
   En remisión inicial: Han transcurrido 12–24 meses desde el último intento.

Especificadores

El comportamiento suicida a menudo se categoriza por la violencia del método utilizado. Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para clasificarlo son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias. Una dimensión adicional a considerar sería el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias de cara al pronóstico médico de un intento de suicidio.

Si el comportamiento suicida tuvo lugar de 12-24 meses antes de la evaluación, se considera que la afección está en remisión inicial. Los individuos siguen presentando un mayor riesgo de posteriores intentos de suicidio y de muerte en los 24 meses posteriores a un intento de suicidio, y el período de 12-24 meses, posteriores a que tuviese lugar el comportamiento, se especifica como "remisión inicial".

Características diagnósticas

La manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida es un intento de suicidio. Un *intento de suicidio* es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves. Hay varios factores que pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, como una planificación pobre, la falta de conocimiento acerca de la letalidad del método elegido, la escasa intencionalidad o la ambivalencia, o la intervención casual de otras personas después de haberse iniciado el comportamiento suicida. Estos factores no deberían considerarse a la hora de asignar el diagnóstico.

Determinar el grado de intención puede suponer un reto. Los individuos pueden no reconocer su intención, en especial en las situaciones en las que hacerlo puede suponer una hospitalización o provocar sufrimiento a sus seres queridos. Algunos marcadores de riesgo incluyen el grado de planificación, que implica la elección de un tiempo y un lugar que minimicen la probabilidad de rescate o de interrupción, el estado mental del individuo en el momento del comportamiento, siendo la agitación aguda especialmente preocupante, un alta reciente de una unidad de hospitalización o la suspensión reciente de un estabilizador del ánimo, como el litio, o de un antipsicótico, como la clozapina, en el caso de la esquizofrenia. Algunos ejemplos de desencadenantes ambientales son enterarse recientemente de un diagnóstico médico potencialmente letal, como el cáncer, experimentar la pérdida brusca e inesperada de un pariente cercano o una pareja, la pérdida del empleo o ser desalojado del domicilio. Por el contrario, características como hablar a los demás acerca de los eventos futuros o estar dispuesto a firmar un "pacto de no suicidio" serían los indicadores menos fiables.

Para que se cumplan los criterios, el individuo debe haber realizado, al menos, un intento de suicidio. Los intentos de suicidio pueden implicar comportamientos en los que, tras iniciarse el intento de suicidio, el sujeto cambió de opinión o intervino otra persona. Por ejemplo, un individuo puede pretender ingerir una determinada cantidad de medicamentos o de veneno, pero se detiene o le detienen antes de ingerir la cantidad completa. Si otra persona disuade al individuo o éste cambia de idea antes de iniciar el comportamiento, no se debería realizar el diagnóstico. El acto no debe cumplir los criterios para la autolesión no suicida, es decir, no debe conllevar los episodios autolesivos repetidos (al menos cinco veces en los últimos 12 meses) que se realizan para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo. El acto no debe haberse iniciado durante un delirium o un estado de confusión. Si el individuo se intoxicó deliberadamente antes de iniciar el comportamiento para disminuir la ansiedad anticipatoria y minimizar la interferencia con el comportamiento que tenía planeado, se debería realizar el diagnóstico.

Desarrollo y curso

El comportamiento suicida puede aparecer en cualquier momento a lo largo de la vida, pero raramente se ve en los niños menores de 5 años. En los niños prepuberales, el comportamiento a menudo consistirá en un comportamiento (p. ej., sentarse en una cornisa) que un progenitor les ha prohibido por el riesgo de sufrir un accidente. Aproximadamente el 25-30 % de las personas que intentan suicidarse hará más intentos en el futuro. Hay una variabilidad significativa en cuanto a la frecuencia, el método y la letalidad de los intentos. Sin embargo, esto no difiere de lo observado en otras enfermedades, como el trastorno de depresión mayor, en el que la frecuencia de los episodios, el subtipo de los episodios y la disfunción asociada a un determinado episodio pueden variar de manera significativa.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El comportamiento suicida varía en frecuencia y forma en las diferentes culturas. Las diferencias culturales pueden deberse a la disponibilidad de los métodos (p. ej., el envenenamiento con pesticidas en los países en vías de desarrollo, las heridas por arma de fuego en el suroeste de Estados Unidos) o a la presencia de síndromes culturalmente específicos (p. ej., *ataques de nervios*, que en algunos grupos latinos pueden llevar a realizar comportamientos que se asemejan a los intentos de suicidio, o que pueden facilitar los intentos de suicidio).

Marcadores diagnósticos

A menudo aparecen anomalías en las pruebas de laboratorio como consecuencia del intento de suicidio. El comportamiento suicida que produce una pérdida de sangre puede acompañarse de anemia, hipotensión o *shock*. Las sobredosis pueden conducir al coma o la obnubilación y a alteraciones asociadas en las pruebas de laboratorio, como los desequilibrios electrolíticos.

Consecuencias funcionales del trastorno de comportamiento suicida

Pueden aparecer afecciones médicas (p. ej., laceraciones o traumatismos esqueléticos, inestabilidad cardiopulmonar, inhalación de vómito y asfixia, fallo hepático consecuente al uso de paracetamol) como consecuencia del comportamiento suicida.

Comorbilidad

El comportamiento suicida puede aparecer en el contexto de varios trastornos mentales, más comúnmente en el trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, los trastornos de ansiedad (en especial los trastornos de pánico de contenido catastrófico y los *flashbacks* del TEPT), los trastornos por consumo de sustancias (en especial los trastornos por consumo de alcohol), el trastorno de la personalidad límite, el trastorno de la personalidad antisocial, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de adaptación. Raramente aparece en individuos sin patología perceptible, salvo que se realice debido a una afección médica dolorosa con la intención de llamar la atención sobre su martirio por motivos políticos o religiosos o en las parejas que realizan un pacto de suicidio, estando ambos casos excluidos de este diagnóstico, o cuando terceros informantes quieren ocultar la naturaleza del comportamiento.

Autolesión no suicida

Criterios propuestos

A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).
Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:
1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:
1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p. ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p. ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno de excoriación [dañarse la piel]).

Características diagnósticas

La característica esencial de la autolesión no suicida es que el individuo se inflige lesiones superficiales aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida. El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, o resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. Cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y de ansias, ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción. Las heridas infligidas pueden hacerse más profundas y más numerosas.

Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u otro objeto afilado. Entre las zonas de lesión frecuentes están la región frontal de los muslos y la cara dorsal del antebrazo. Una sola sesión de lesiones puede conllevar una serie de cortes superficiales paralelos –separados por 1 o 2 centímetros– en una localización visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangrarán y finalmente dejarán un patrón de cicatrices característico.

Otros métodos utilizados incluyen clavar una aguja o la punta de un cuchillo afilado en una determinada zona, más habitualmente en la parte alta del brazo, realizar una quemadura superficial con una colilla encendida, o quemar la piel frotándola de manera repetida con una goma de borrar. Las autolesiones no suicidas realizadas mediante diversos métodos se asocian con psicopatología más grave, incluso con llevar a cabo intentos de suicidio.

La gran mayoría de los individuos que se producen autolesiones no suicidas no busca asistencia clínica. No se sabe si esto es así porque se considera estigmatizante referir los síntomas con precisión o porque el individuo que realiza estos comportamientos los vive de una manera positiva y carece de motivación para ser tratado. Los niños pequeños pueden experimentar con estos comportamientos, pero no sienten alivio. En estos casos, los jóvenes a menudo refieren que el procedimiento es doloroso o angustiante y pueden interrumpir su práctica.

Desarrollo y curso

Lo más habitual es que la autolesión no suicida comience en la adolescencia temprana, y puede continuar durante muchos años. Los ingresos hospitalarios por autolesión no suicida alcanzan un pico a los 20-29 años de edad, y luego se reducen. Sin embargo, la investigación que ha estudiado la edad de ingreso no aporta información acerca de la edad de inicio del comportamiento, y se requieren estudios prospectivos para delimitar el curso evolutivo de la autolesión no suicida y los factores que promueven o inhiben su curso. Los individuos a menudo aprenden el comportamiento a causa de la recomendación u observación de otra persona. La investigación ha demostrado que cuando se ingresa a un individuo con una autolesión no suicida en una unidad de hospitalización, los demás individuos de la unidad podrían comenzar a realizar este comportamiento.

Factores de riesgo y pronóstico

Las tasas de prevalencia de la autolesión no suicida en los varones y las mujeres están más próximas que en el trastorno de comportamiento suicida, en el que el ratio mujeres-hombres es de alrededor de 3:1 o 4:1.

Se han propuesto dos teorías psicopatológicas, basadas en análisis funcionales del comportamiento. En la primera, basada en la teoría del aprendizaje, el comportamiento se mantiene por un refuerzo positivo o negativo. El refuerzo positivo se obtendría al castigarse a sí mismo de una manera que el individuo siente que tenía merecida, de manera que este comportamiento promueva un estado placentero y relajado, o genere la atención y la ayuda de la pareja, o constituya una forma de expresar el enfado. El refuerzo negativo se obtiene como resultado de la regulación del afecto y la reducción de emociones desagradables o al evitar los pensamientos angustiantes, incluyendo los pensamientos acerca del suicidio. En la segunda teoría, la autolesión no suicida se considera una forma de autocastigo en la que se realizan actos autopunitivos para compensar los actos que provocaron sufrimiento o daño a otras personas.

Consecuencias funcionales de la autolesión no suicida

El acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo que incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

Diagnóstico diferencial

Trastorno de la personalidad límite. Tal y como se ha indicado, la autolesión no suicida se ha considerado durante mucho tiempo un "síntoma" del trastorno de la personalidad límite, aunque las evaluaciones clínicas detalladas han encontrado que la mayoría de los individuos con autolesiones no suicidas tiene síntomas que también cumplen los criterios de otros diagnósticos, en especial de los trastornos de la conducta alimentaria y de los trastornos por consumo de sustancias. Históricamente la autolesión no suicida se consideraba patognomónica del trastorno de la personalidad límite. Ambas afecciones se asocian con varios otros diagnósticos. Aunque se asocian con frecuencia, los sujetos con autolesiones no suicidas no siempre presentan un trastorno de la personalidad límite. Las dos afecciones difieren en varios aspectos. Los individuos con trastorno de la personalidad límite a menudo presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles, mientras que la autolesión no suicida se asocia más a menudo con las fases de cercanía, con los comportamientos colaboradores y con las relaciones positivas. A un nivel más esencial, existen diferencias en la implicación de los diferentes sistemas de neurotransmisores, pero éstas no van a ser evidentes en la exploración clínica.

Trastorno de comportamiento suicida. La distinción entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida se basa en que el objetivo del comportamiento referido sea, o bien un deseo de morir (trastorno de comportamiento suicida), o bien experimentar alivio tal y como se describe en los criterios durante la autolesión no suicida. Los individuos pueden aportar la información según les convenga en función de sus circunstancias, y varios estudios muestran unas tasas elevadas de intenciones falsas en la declaración. Los individuos con antecedentes de episodios frecuentes de autolesión no suicida han aprendido que una sesión de cortes, aunque dolorosa, es esencialmente benigna a corto plazo. Puesto que los individuos con autolesión no suicida pueden intentar suicidarse y llegar a hacerlo, es importante revisar los antecedentes de comportamientos suicidas y obtener información de terceras personas en cuanto a cambios recientes en la exposición a factores de estrés y en el ánimo. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse.

En un estudio de seguimiento de casos de "autolesión" en varones tratados en uno de los varios servicios de urgencias del Reino Unido, los individuos con autolesión no suicida tenían una probabilidad significativamente mayor de suicidarse que otros sujetos adolescentes procedentes de la misma cohorte. Los estudios que han explorado la relación entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida están limitados por su naturaleza retrospectiva y porque no logran obtener información contrastada acerca del método utilizado en los "intentos" previos. Una proporción significativa de las personas que se infligen autolesiones no suicidas ha respondido afirmativamente al preguntarles si alguna vez se han realizado cortes (o su método preferido de autolesión) con la intención de morir. Es razonable concluir que, aunque no presente un riesgo de suicidio elevado cuando se manifiesta por primera vez, la autolesión no suicida es una forma de comportamiento dañino para el propio individuo especialmente peligroso.

Esta conclusión también la apoya un estudio multicéntrico de adolescentes deprimidos, que no habían respondido previamente a la medicación antidepresiva, el cual determinó que aquellos con autolesión no suicida no respondían a la terapia cognitivo-conductual, y otro estudio que determinó que la autolesión no suicida era un factor predictivo de consumo/uso inadecuado de sustancias.

Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello). La tricotilomanía es un comportamiento dañino limitado a arrancarse el propio cabello, más habitualmente del cuero cabelludo, las cejas o las pestañas. El comportamiento se presenta como "sesiones" que pueden durar horas. Es más probable que ocurra durante un período de relajación o distracción.

Autolesión estereotipada. La autolesión estereotipada, que puede implicar golpearse la cabeza, morderse o golpearse, habitualmente se asocia con una concentración intensa o se produce en situaciones de escasa estimulación externa, y puede asociarse al retraso en el desarrollo.

Trastorno de excoriación (dañarse la piel). El trastorno de excoriación aparece fundamentalmente en las mujeres y habitualmente se dirige a excoriar una zona de la piel que el individuo considera antiestética o una mancha, habitualmente en la cara o el cuero cabelludo. Como en la autolesión no suicida, la excoriación a menudo va precedida de una sensación de ansia y se experimenta como placentera, aunque el individuo es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo. No se asocia con el uso de ningún instrumento.

<= Ir al Índice

Apéndice

<= Ir al Índice

Cambios más destacados del DSM-IV al DSM-5

Los cambios realizados en los criterios diagnósticos y los textos del DSM-5 se reseñan en este capítulo en el mismo orden en el que aparecen en la clasificación del DSM-5. Esta descripción resumida tiene por objeto orientar a los lectores acerca de los cambios más significativos de cada categoría de trastorno. Una descripción más detallada de casi todos los cambios (a excepción de los pequeños cambios de texto o de redacción necesarios para una mayor claridad) está disponible *online* (www.medicapanamericana.com/dsm5/). También hay que señalar que la Sección I contiene una explicación de los cambios relacionados con la organización de los capítulos en el DSM-5, el sistema multiaxial y la introducción de las evaluaciones dimensionales.

Trastornos del neurodesarrollo

En el DSM-IV se utilizaba el término *retraso mental*. Sin embargo, el término de uso común en las últimas dos décadas entre los profesionales sanitarios, educativos y de otro tipo, y por el público lego y las asociaciones de defensa de los intereses de los afectados ha sido **discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)**. Los criterios diagnósticos destacan la necesidad de una evaluación tanto de la capacidad cognitiva (CI) como del funcionamiento adaptativo. La gravedad está determinada por el funcionamiento adaptativo en vez de por el cociente intelectual.

La nueva denominación de los **trastornos de la comunicación**, que en el DSM-IV se denominaban trastorno fonológico y tartamudez, incluyen ahora los **trastornos del lenguaje** (que combina los antiguos trastornos del lenguaje expresivo y receptivo-expresivo mixto), el **trastorno fonológico** (previamente trastorno fonológico) y el **trastorno de la fluidez de inicio en la infancia** (antes denominado tartamudeo). También se incluye el **trastorno de la comunicación social (pragmática)**, una nueva afección que implica dificultades persistentes en los usos sociales de la comunicación verbal y no verbal.

El **trastorno del espectro autista** es un trastorno nuevo del DSM-5 que abarca el trastorno autista (autismo), el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado en otra categoría que antes figuraban en el DSM-IV. El trastorno del espectro autista se caracteriza por el déficit en dos ámbitos básicos: 1) deterioro en la comunicación e interacción sociales y 2) patrones de comportamiento, actividades e intereses repetitivos y restringidos.

Se han introducido varios cambios en los criterios diagnósticos para el **trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)**. Se han añadido ejemplos de los criterios para facilitar la aplicación a lo largo de la vida; se ha cambiado la edad de inicio (desde la especificación de que "aparecen algunos síntomas de hiperactividad, impulsividad o desatención que causan alteraciones antes de los 7 años", a que "aparecen varios síntomas de inatención e hiperactividad-impulsividad antes de los 12 años"); los subtipos se han sustituido por especificadores de presentación que se asignan directamente a los subtipos anteriores; ahora se permite un diagnóstico de comorbilidad con el trastorno del espectro autista; y se ha hecho un cambio del umbral de los síntomas para los adultos, con el punto de corte de cinco síntomas tanto para la inatención como para la hiperactividad e impulsividad, en lugar de los seis exigidos en los jóvenes, lo que reflejaría la evidencia de un deterioro clínicamente significativo del TDAH.

El **trastorno del aprendizaje específico** combina los diagnósticos del DSM-IV del trastorno de la lectura, el trastorno del cálculo, el trastorno de la expresión escrita y el trastorno no especificado de aprendizaje. Las dificultades de aprendizaje en las áreas de lectura, expresión escrita y matemáticas se codifican como especificadores independientes. En el manual se hace referencia a que los tipos específicos de déficits de lectura se describen a nivel internacional como *dislexia* y las carencias específicas en las matemáticas como *discalculia*.

Los siguientes **trastornos motores** están incluidos en el DSM-5: el trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno de movimientos estereotipados, el trastorno de la Tourette, el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico), el trastorno de tics transitorio, otro trastorno de tics especificado y trastorno de tics no especificado. Los criterios de tics se han estandarizado en todos los trastornos de ese capítulo.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Se hicieron dos cambios en el Criterio A para la **esquizofrenia**: 1) la eliminación de la atribución especial de ideas delirantes extrañas y de alucinaciones auditivas de primer rango de Schneider (p. ej., dos o más voces que conversan), dando lugar a la exigencia de, al menos, dos síntomas del Criterio A para cualquier diagnóstico de la esquizofrenia, y 2) la adición del requisito de que al menos uno de los síntomas del Criterio A debebería ser delirios, alucinaciones o lenguaje desorganizado. Se han omitido los subtipos del DSM-IV de la esquizofrenia debido a su estabilidad diagnóstica limitada, su baja fiabilidad y su escasa validez. En cambio, se ha incluido en la Sección III del DSM-5 un enfoque unidimensional de la gravedad de los síntomas básicos de la esquizofrenia, para captar la gran heterogeneidad en cuanto al tipo y la gravedad de los síntomas expresados en las personas con trastornos psicóticos. El **trastorno esquizoafectivo** se ha reconceptualizado como un diagnóstico longitudinal, en lugar de una sección transversal, más comparable a la esquizofrenia, al trastorno bipolar y al trastorno depresivo mayor, los cuales están relacionados con esta afección. Además, se requiere que se cumpla el Criterio A de esquizofrenia y que el episodio de estado de ánimo se manifieste durante la mayoría de la duración total del trastorno. El Criterio A para el **trastorno de delirios** ya no tiene el requisito de que los delirios no deban ser extraños; se ha incorporado un especificador, "delirios de tipo extraño", para proporcionar continuidad con el DSM-IV. Los criterios para la **catatonía** se describen de manera uniforme en el DSM-5. Además, la catatonía puede diagnosticarse con un especificador (para los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos, incluyendo la esquizofrenia), en el contexto de una afección médica conocida, o como otro diagnóstico especificado.

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

Los criterios de diagnóstico para los **trastornos bipolares** son ahora tanto los cambios en el estado de ánimo como los cambios en la actividad o la energía. El diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar I, "episodios mixtos que requieren que el individuo cumpla simultáneamente los criterios completos para la manía y el episodio depresivo", se reemplaza por una nueva especificación "con características mixtas". También se pueden diagnosticar las alteraciones particulares bajo **otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado**, como la categorización para las personas con antecedentes de un trastorno depresivo mayor, cuyos síntomas deben cumplir todos los criterios para la hipomanía excepto el criterio de la duración (es decir, el episodio dura sólo 2 o 3 días en lugar de los 4 días consecutivos o más requeridos). Una segunda alteración, que constituye una variación de otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado, se produce cuando aparecen muy pocos síntomas de hipomanía para cumplir con los criterios para el síndrome bipolar completo de tipo II, aunque suceden con una duración de al menos 4 días consecutivos. Por último, tanto en este capítulo como en el capítulo de trastornos depresivos se incorpora un especificador de malestar ansioso.

Trastornos depresivos

Para hacer frente a la preocupación sobre el potencial sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno bipolar en los niños, se incorpora un nuevo diagnóstico, el **trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo,** para diagnosticar a los niños y a los adolescentes de hasta los 18 años que presentan una irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo. El **trastorno disfórico premenstrual** se ha extraído de los Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores del Apéndice B del DSM-IV, y se agrega al texto principal del DSM-5. El constructo distimia del DSM-IV entra a formar parte de la categoría de **trastorno depresivo persistente**, que incluye tanto el trastorno depresivo mayor crónico como el trastorno distímico tal y como se concebía anteriormente. La concomitancia de al menos tres síntomas maníacos (insuficientes para satisfacer los criterios para un episodio maníaco) dentro de un episodio depresivo mayor se codifica mediante el especificador "con características mixtas". En el

DSM-IV era un criterio de exclusión el episodio depresivo mayor cuyos síntomas depresivos duraban menos de 2 meses y tenían lugar después de la muerte de un ser querido (reacción de duelo). Esta exclusión se omite en el DSM-5 por varias razones, entre las que están el reconocimiento de que el duelo es un factor de estrés psicosocial grave que puede precipitar un episodio depresivo mayor en una persona vulnerable, que suele comenzar poco tiempo después de la pérdida y que puede añadir un riesgo adicional para el sufrimiento, los sentimientos de inutilidad, la ideación suicida, una peor salud física y un deterioro en el funcionamiento interpersonal y laboral. Ha sido fundamental la eliminación del requisito de que el duelo suele durar sólo 2 meses, cuando los médicos y los psicoterapeutas reconocen que la duración frecuente del duelo es de 1 a 2 años. Se ha añadido una nota al pie de página en lugar de una simple exclusión del DSM-IV para ayudar a los clínicos a distinguir entre los síntomas característicos del duelo y los de un trastorno depresivo mayor. Por último, se ha incorporado un nuevo especificador para indicar la presencia de síntomas mixtos tanto en el trastorno bipolar como en los trastornos depresivos.

Trastornos de ansiedad

El capítulo de los trastornos de ansiedad ya no incluye el trastorno obsesivo-compulsivo (que se encuentra en el nuevo capítulo Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados), ni los trastornos de estrés postraumático (TEPT) y de estrés agudo (que se han agregado al nuevo capítulo Trastornos relacionados con los traumas y los factores de estrés). Los cambios que se han realizado en los criterios para la **fobia específica** y el **trastorno de ansiedad social (fobia social)** son entre otras la supresión de la exigencia de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su ansiedad es excesiva o irracional. En lugar de ello, la ansiedad debe ser desproporcionada respecto al peligro real o la amenaza de la situación tras cotejar los factores contextuales culturales. Además, la duración de 6 meses se extiende ahora a todas las edades. Los **ataques de pánico** aparecen como un especificador aplicable a todos los trastornos del DSM-5. El **trastorno de pánico** y la **agorafobia** están separados en el DSM-5. De este modo, los antiguos diagnósticos del DSM-IV de trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia y agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico se sustituyen ahora por dos diagnósticos, el trastorno de pánico y la agorafobia, cada una con criterios diferentes. El especificador "generalizado" para el trastorno de ansiedad social ha sido eliminado y reemplazado con un especificador "sólo actuación". El **trastorno de ansiedad por separación** y el **mutismo selectivo** se clasifican ahora como trastornos de ansiedad. Se ha modificado la redacción de los criterios para representar de manera más adecuada la expresión de los síntomas de ansiedad por separación en la edad adulta. Asimismo, en contraste con el DSM-IV, los criterios diagnósticos ya no exigen que el inicio debe ser antes de los 18 años, y se ha incorporado el requisito "dura típicamente 6 meses o más en los adultos" para minimizar el sobrediagnóstico de los temores transitorios.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

El capítulo Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados es una novedad del DSM-5. Se incluyen nuevos trastornos como el **trastorno de acumulación**, el **trastorno de excoriación (dañarse la piel)**, el **trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos** y el **trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado debidos a otra afección médica**. El diagnóstico del DSM-IV de la tricotilomanía ahora se denomina **tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello)**, y se ha trasladado desde los trastornos del control de los impulsos no clasificado del DSM-IV a este capítulo del DSM-5. El especificador del trastorno obsesivo-compulsivo del DSM-IV, "con poca conciencia de enfermedad", se ha perfeccionado para permitir una distinción entre los individuos con introspección de la enfermedad buena o aceptable, con poca introspección de la enfermedad y con ausencia de introspección de la enfermedad/con creencias delirantes (la convicción completa de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son reales). Se han incluido especificadores análogos de introspección para el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de acumulación. También se ha agregado el especificador para el trastorno obsesivo-compulsivo "relacionado con tics", porque la presencia de un trastorno de tics comórbido podría tener importantes implicaciones clínicas. Por otra parte, se ha añadido el especificador "con dismorfia muscular" en el **trastorno dismórfico corporal**, para reflejar la creciente bibliografía empírica sobre la validez diagnóstica y la utilidad clínica de hacer esta distinción en los individuos con trastorno

dismórfico corporal. La variante delirante del trastorno dismórfico corporal (que identifica a las personas que están completamente convencidas de que sus imperfecciones o defectos percibidos tienen un aspecto realmente anómalo) ya no se codifica como trastorno delirante de tipo somático o trastorno dismórfico corporal, sino que se registra en el DSM-5 como trastorno dismórfico corporal "con ausencia de introspección/con creencias delirantes". Finalmente, se incluyen en este capítulo la categoría **otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados,** que se compone de alteraciones tales como **el trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo** y los **celos obsesivos**, o el **trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados**.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Para el diagnóstico de **trastorno de estrés agudo** se requiere detallar el tipo de exposición al trauma codificando, si se ha tenido experiencia directa del acontecimiento, si se presenció cómo les ocurría a otras personas o si se experimentó indirectamente (p. ej., el conocimiento de que el acontecimiento le ha ocurrido a una persona próxima). Además, se ha eliminado el Criterio A2 del DSM-IV con respecto a la reacción subjetiva al evento traumático (p. ej., haber experimentado "miedo, impotencia u horror"). Los **trastornos de adaptación** son reconceptualizados como un conjunto heterogéneo de síndromes de respuesta al estrés que se producen tras la exposición a un acontecimiento angustioso (traumático o no traumático), en lugar de como una categoría residual para las personas que presentan un malestar clínicamente significativo, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de un trastorno más diferenciado (como en el DSM-IV).

Los criterios del DSM-5 para el **trastorno de estrés postraumático (TEPT)** difieren significativamente de los criterios del DSM-IV. El criterio del estresor (Criterio A) es más explícito con respecto a los eventos que se califican como experiencias "traumáticas". Además, se ha omitido el Criterio A2 del DSM-IV (reacción subjetiva). Otra modificación se refiere a la agrupación de los síntomas: mientras que el DSM-IV consta de tres grandes grupos de síntomas (reexperimentación, evitación/embotamiento y activación/*arousal*), en el DSM-5 hay cuatro conjuntos sintomáticos, debido a que la evitación/embotamiento se ha subdividido en dos grupos distintos: evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo. Esta última categoría, que conserva la mayor parte de los síntomas de embotamiento del DSM-IV, también consta de síntomas nuevos o reconceptualizados, como los estados emocionales negativos persistentes. El último grupo, las alteraciones en la activación/*arousal* y en la reactividad, conserva la mayoría de los síntomas de activación del DSM-IV. También incluye un comportamiento irritable o ataques de ira y comportamiento imprudente o autodestructivo. El TEPT es más sensible evolutivamente en los umbrales diagnósticos, que se han reducido para los niños y los adolescentes. Además, se han añadido criterios específicos para los niños menores de 6 años.

El diagnóstico trastorno de apego reactivo infantil del DSM-IV consta ahora de dos subtipos: el evitador emocional/inhibido y el indiscriminadamente social/desinhibido. En el DSM-5, estos subtipos se conciben como trastornos distintos: **trastorno de apego reactivo** y **trastorno de relación social desinhibida.**

Trastornos disociativos

Los cambios importantes en los trastornos disociativos del DSM-5 son los siguientes: 1) la desrealización se incorpora a la estructura nominal y sintomática de lo que anteriormente se denominaba trastorno de despersonalización (**trastorno de despersonalización/desrealización**), 2) la fuga disociativa es ahora un especificador de la **amnesia disociativa** en lugar de un diagnóstico independiente, y 3) los criterios para el **trastorno de identidad disociativo** se han cambiado para indicar que los síntomas de la interrupción de la identidad se pueden informar, así como observar, y que pueden aparecer lagunas en el recuerdo para los acontecimientos de la vida diaria y no sólo en los eventos traumáticos. Además, se incluyen las experiencias de posesión patológica en algunas culturas en la descripción de la interrupción de identidad.

Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados

En el DSM-5, los trastornos somatoformes ahora se conocen como **trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados**. La clasificación del DSM-5 reduce el número de estos trastornos y subcategorías para evitar una superposición problemática. Se han eliminado los diagnósticos de trastorno de somatización, hipocondría, trastorno de dolor y el trastorno somatoforme indiferenciado. Los

individuos diagnosticados previamente con trastorno de somatización, por lo general tienen síntomas que cumplen con los criterios del DSM-5 para el **trastorno de síntomas somáticos**, pero sólo si tienen pensamientos, sentimientos y comportamientos desadaptativos que definen la enfermedad además de los síntomas somáticos. Debido a que la distinción entre el trastorno de somatización y el trastorno somatoforme indiferenciado fue arbitraria, se fusionan en el DSM-5 en el trastorno de síntomas somáticos. Los individuos con diagnóstico previo de hipocondría, que tienen una elevada ansiedad por la salud pero que no presentan síntomas somáticos, recibirán un diagnóstico del DSM-5 de **trastorno de ansiedad por enfermedad** (a menos que su ansiedad por la salud se explique mejor por un trastorno de ansiedad primario, como el trastorno de ansiedad generalizada). Algunas personas con dolor crónico se deben diagnosticar del trastorno de síntomas somáticos, con dolor predominante. Para otras personas es más apropiado el diagnóstico de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas o el trastorno de adaptación.

Se ha añadido un trastorno mental novedoso al DSM-5 que se denomina **factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas**, y que estaba recogido en el DSM-IV en el capítulo Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Este trastorno, junto con el **trastorno facticio**, se ha emplazado en el capítulo de trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados porque los síntomas somáticos predominan en ambos cuadros y porque se suelen encontrar en los contextos sanitarios. Se han suprimido las variaciones de los factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas para englobarlas en el diagnóstico general. Se han modificado los criterios del **trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)** para remarcar la importancia esencial del examen neurológico y porque es posible que no se demuestren factores psicológicos relevantes en el momento del diagnóstico. Otro trastorno de síntomas somáticos especificado, otro trastorno de ansiedad por enfermedad especificado y la pseudociesis se consideran subtipos de la clasificación de **otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados.**

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Debido a que se ha suprimido el capítulo del DSM-IV-TR Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, este capítulo describe varios trastornos que se detallaban en la sección del DSM-IV Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en la infancia o la niñez, como la **pica** y el **trastorno de rumiación.** La categoría del DSM-IV de trastornos de la ingesta de la infancia o la niñez se ha redenominado **trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos** y se han ampliado significativamente sus criterios diagnósticos. Los criterios de la **anorexia nerviosa** no se han modificado conceptualmente, salvo una excepción: se ha suprimido la exigencia de amenorrea. En el DSM-IV las personas con este trastorno, según el Criterio A, debían presentar un bajo peso corporal significativo para su etapa de desarrollo. Se ha modificado la formulación del criterio para clarificarlo y se proporciona en el texto la manera de valorar si un individuo está o no por debajo de su peso de una forma significativa. En el DSM-5, el Criterio B se expande para incluir no sólo que se exprese abiertamente el temor a aumentar de peso, sino también el comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso. El único cambio en los criterios del DSM-IV para la **bulimia nerviosa** es una reducción en la frecuencia media mínima exigida de atracones y de conductas compensatorias inapropiadas, de dos veces a una vez por semana. La amplia investigación que siguió a la promulgación de los criterios preliminares para el **trastorno de atracones** del Apéndice B del DSM-IV ha documentado la utilidad clínica y la validez del trastorno de atracones. La única diferencia significativa a partir de los criterios preliminares es que la frecuencia media mínima de atracones que se requiere para el diagnóstico es una vez por semana durante los últimos 3 meses. Este criterio es idéntico al de frecuencia para la bulimia nerviosa (en lugar de por lo menos 2 días a la semana durante 6 meses en el DSM-IV).

Trastornos de la excreción

No se han producido cambios significativos del DSM-IV al DSM-5. Los trastornos de este capítulo se clasificaban previamente bajo el epígrafe de Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia del DSM-IV. En el DSM-5 se clasifican de forma independiente.

Trastornos del sueño-vigilia

En el DSM-5, los diagnósticos del DSM-IV de trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental y de trastorno del sueño relacionado con otro problema médico se han eliminado y en su lugar se proporciona un mayor detalle de las afecciones coexistentes para cada trastorno del sueño-vigilia. El diagnóstico de insomnio primario se ha cambiado por el nombre de **trastorno de insomnio** para evitar la diferenciación entre el insomnio primario y secundario. El DSM-5 también distingue la **narcolepsia** (ahora se sabe que está asociada con la deficiencia de hipocretina) de otras formas de hipersomnolencia (el trastorno de hipersomnia). Por último, a lo largo de la clasificación de los trastornos del sueño-vigilia del DSM-5 se han integrado los criterios pediátricos y evolutivos, y el texto en el que la ciencia y las consideraciones de utilidad clínica apoyan tal integración. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración se dividen en tres trastornos relativamente distintos: la **apnea e hipopnea obstructiva del sueño**, la **apnea central del sueño** y la **hipoventilación relacionada con el sueño**. Los subtipos de los trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia se amplían para incluir el subtipo **de fase de sueño avanzada** y el subtipo **de sueño-vigilia irregular**, mientras que se ha eliminado el tipo *jet lag*. El uso del antiguo diagnóstico "no especificado" del DSM-IV se ha reducido, convirtiendo el **trastorno del comportamiento del sueño REM** y el **síndrome de piernas inquietas** en trastornos independientes.

Disfunciones sexuales

En el DSM-5 se han añadido algunas disfunciones sexuales específicas del género y, respecto a las mujeres, los trastornos del deseo y de la excitación sexual se han combinado en un trastorno: **trastorno del interés/excitación sexual femenino**. Para todas las disfunciones sexuales (excepto la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos) ahora se requieren una duración mínima de 6 meses aproximadamente y unos criterios de gravedad más precisos. Se ha añadido el **trastorno de dolor génito-pélvico/penetración** al DSM-5, que representa una fusión del vaginismo y la dispareunia, puesto que eran altamente comórbidos y difíciles de distinguir. El diagnóstico de trastorno de aversión sexual se ha eliminado debido a su uso poco frecuente y la falta de apoyo a la investigación.

En la actualidad hay sólo dos subtipos para las disfunciones sexuales: de por vida frente adquirida, y generalizada frente a situacional. Para indicar la presencia y el grado de correlaciones médicas y no médicas se han añadido al texto las siguientes características asociadas: las variables de la pareja, las variables relacionales, las variables de vulnerabilidad individual, las variables culturales o religiosas y las variables médicas.

Disforia de género

La **disforia de género** es una nueva clase diagnóstica del DSM-5 y refleja un cambio en la conceptualización de las características que definen el trastorno al remarcar el fenómeno de "incongruencia de género" más que una identificación con el género opuesto *per se*, que se proponía en el DSM-IV bajo el trastorno de identidad de género. La disforia de género incluye conjuntos separados de criterios para los niños y para los adultos y adolescentes. En los criterios para los adolescentes y adultos, se combinan el Criterio A (la identificación transexual) y el Criterio B (la aversión hacia el género de uno mismo) del DSM-IV. En el texto de los criterios, "el otro sexo" se sustituye por "el otro género" (o "algún género alternativo"). Se emplea la palabra *género* en lugar de sexo de forma sistemática, debido a que el concepto de "sexo" es inadecuado cuando se refiere a las personas con un trastorno del desarrollo sexual. En los criterios para los niños, "el fuerte deseo de ser del otro género" sustituye al anterior "deseo manifestado reiteradamente de ser... el otro sexo" para abarcar la situación de algunos niños que, en un entorno de coacción, no pueden verbalizar el deseo de ser de otro género. Para los niños, el Criterio A1 (el "fuerte deseo de ser del otro género o la insistencia en que él o ella es del otro género...") es ahora necesario (pero no suficiente), lo que hace el diagnóstico más restrictivo y conservador. Los subtipos, basándose en la orientación sexual, se retiran porque la distinción ya no se considera clínicamente útil. Se ha añadido un **especificador de postransición** para identificar a los indi-

viduos que han sufrido al menos un procedimiento o un tratamiento médico para conseguir la nueva asignación de género (p. ej., el tratamiento hormonal de cambio de sexo). Aunque el concepto de postransición se inspira en el concepto de la remisión total o parcial, el término *remisión* tiene implicaciones, en términos de reducción de los síntomas, que no se aplican directamente a la disforia de género.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

El capítulo Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta es nuevo en el DSM-5 y combina los trastornos que anteriormente se incluían en el capítulo Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia (p. ej., el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta y el trastorno de comportamiento perturbador no especificado, ahora clasificado como trastorno disruptivo del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado) y el capítulo Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (es decir, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía y la cleptomanía). Estos trastornos se caracterizan por problemas en el autocontrol emocional y conductual. Cabe destacar que, con frecuencia, el TDAH es comórbido con los trastornos de este capítulo, pero éste se ha desplazado a la lista de los trastornos del neurodesarrollo. Debido a su estrecha asociación con el trastorno de conducta, el **trastorno de la personalidad antisocial** aparece tanto en este capítulo como en el capítulo de Trastornos de la personalidad, en el que se describe en detalle.

Los criterios para el **trastorno oposicionista desafiante** ahora se agrupan en tres tipos: enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y vengativo. Además, se ha eliminado el criterio de exclusión para el **trastorno de conducta**. Los criterios para el trastorno de conducta incluyen un especificador de características descriptivas para las personas que cumplen todos los criterios del trastorno, que también presentan emociones prosociales limitadas. El cambio principal en el **trastorno explosivo intermitente** está en el tipo de arrebatos agresivos que deben considerarse: el DSM-IV requería la agresión física, mientras que el DSM-5 también señala la agresión verbal y la agresión física no disruptiva/no dañina. Asimismo se proporcionan pautas más específicas que definen la frecuencia necesaria para cumplir los criterios y especifica que los arrebatos agresivos son impulsivos y/o provocados por la ira, y deben causar un marcado malestar, deterioro laboral o interpersonal, o asociarse con consecuencias económicas o jurídicas negativas. Por otra parte, ahora se requiere una edad mínima de 6 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Un importante punto de partida, con respecto a los manuales de diagnóstico anteriores, es que el capítulo sobre los trastornos relacionados con sustancias se ha ampliado para incluir el **juego patológico**. Otro cambio fundamental es que en el DSM-5 no se separa el diagnóstico de abuso y de dependencia de sustancias como en el DSM-IV. Más bien, se proporcionan criterios para el **trastorno de uso de sustancias**, acompañado de criterios para la intoxicación, la abstinencia, los trastornos inducidos por sustancias y los trastornos relacionados con sustancias no especificados, en cada caso. Dentro de los trastornos por consumo de sustancias, se ha suprimido el criterio del DSM-IV de los problemas recurrentes legales y se ha añadido un nuevo criterio, el deseo intenso o la urgencia de consumo de la sustancia. Además, el umbral para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se fija en dos o más criterios, en contraste con el umbral del DSM-IV de uno o más criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias, y de tres o más para la dependencia. Son nuevos trastornos la **abstinencia del cannabis** y la **abstinencia de la cafeína** (el último se incluía en el Apéndice B del DSM-IV, Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores).

La **gravedad** de los trastornos por consumo de sustancias del DSM-5 se basa en el número de criterios que se cumplen. El especificador del DSM-IV de subtipo fisiológico se elimina del DSM-5, así como el diagnóstico de politoxicomanía. La remisión temprana de una sustancia se define como, al menos, 3 pero no más de 12 meses sin cumplir con los criterios del trastorno por consumo de sustancias (excepto el deseo intenso o *craving*), y la remisión sostenida se define como, al menos, 12 meses sin cumplir con los criterios (excepto el *craving*). Otros nuevos especificadores son "en un entorno controlado" y "en terapia de mantenimiento", tal y como justifique la situación.

Trastornos neurocognitivos

Los diagnósticos del DSM-IV de demencia y trastorno amnésico se incorporan bajo una nueva entidad denominada **trastornos neurocognitivos (TNC)**. La etiqueta "demencia" no se ha suprimido de aquellos subtipos etiológicos en donde el término está normalizado. Por otra parte, el DSM-5 reconoce un nivel menos grave de deterioro cognitivo, el **TNC leve**, que es un nuevo trastorno que permite el diagnóstico de síndromes menos incapacitantes que pueden ser, sin embargo, objeto de interés y de tratamiento. Se proporcionan los criterios diagnósticos para ambos trastornos, seguidos de los requisitos diagnósticos para los diferentes **subtipos etiológicos**. En el DSM-IV se designaban diagnósticos individuales para la demencia de tipo Alzheimer, la demencia vascular y la demencia inducida por sustancias, mientras que los otros trastornos neurodegenerativos se clasificaban como demencia debida a otra afección médica, como el VIH, el traumatismo craneoencefálico, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Pick, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y otras enfermedades médicas específicas. En el DSM-5 se han conservado el TNC grave o leve debido a la enfermedad de Alzheimer y el TNC grave o leve vascular, y se han elaborado nuevos criterios separados para el TNC grave o leve frontotemporal, el TNC con cuerpos de Lewy y el TNC debido a una lesión traumática del cerebro, a una sustancia/medicamento, a una infección por el VIH, a la enfermedad por priones, a la enfermedad de Parkinson, a la enfermedad de Huntington, a otra afección médica y a etiologías múltiples, respectivamente. El TNC no especificado también se incluye como diagnóstico.

Trastornos de la personalidad

Los criterios DSM-IV para los trastornos de la personalidad no se han modificado en la Sección II del DSM-5. Sin embargo, el DSM-5 incluye un enfoque alternativo para el diagnóstico de trastornos de la personalidad para su estudio adicional, que se puede encontrar en la Sección III (véase Modelo alternativo de los trastornos de la personalidad del DSM-5). En la Sección III se presentan los **criterios generales de trastorno de la personalidad**, en donde se ha desarrollado un criterio de funcionamiento de la personalidad (Criterio A) basado en una revisión bibliográfica de las medidas clínicas fiables de las deficiencias nucleares fundamentales de la personalidad patológica. El diagnóstico de **trastorno de la personalidad–especificado por rasgos (TP-ER)** se sustenta en el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad y en la presencia de rasgos patológicos de la personalidad. Esta entidad pretende reemplazar al trastorno de personalidad no especificado y proporciona un diagnóstico mucho más informativo para las personas que no presentan un trastorno de la personalidad específico. El mayor énfasis en el funcionamiento de la personalidad y los criterios basados en los rasgos aumentan la estabilidad y las bases empíricas de los trastornos. Es recomendable valorar el **funcionamiento** y los **rasgos de la personalidad** en los individuos con o sin trastorno de la personalidad, puesto que se trata de una característica que proporciona una información clínicamente relevante de todos los individuos.

Trastornos parafílicos

Un cambio general con respecto al DSM-IV es la adición de los especificadores de curso "**en un entorno controlado**" y "**en remisión**" a los criterios diagnósticos de todos los trastornos parafílicos. Se han añadido estos especificadores para indicar los cambios importantes en la situación de un individuo. En el DSM-5, las parafilias no son *ipso facto* trastornos mentales. Hay una distinción entre las **parafilias** y los **trastornos parafílicos**. Un trastorno parafílico es una parafilia que verdaderamente está causando malestar o deterioro para el individuo, o una parafilia cuya satisfacción ha supuesto un daño personal o un riesgo de daño ajeno. Una parafilia es una condición necesaria pero no suficiente para tener un trastorno parafílico, y una parafilia por sí misma no justifica automáticamente la intervención clínica o no la requiere. La distinción entre las parafilias y los trastornos parafílicos se implementó sin realizar ningún cambio a la estructura básica de los criterios diagnósticos, ya que existen desde el DSM-III-R. El cambio propuesto por el DSM-5 es que las personas que cumplan tanto los criterios A como los B ahora se diagnostiquen de trastorno parafílico. El diagnóstico no se aplicaría a las personas cuyos síntomas reúnen el Criterio A, pero no el Criterio B; es decir, que se aplicaría a las personas que tienen una parafilia, pero no un trastorno parafílico.

<= Ir al Índice

Glosario de términos técnicos

Abolición. Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológica, la abolición es generalizada e impide que el sujeto complete diferentes tipos de actividades (p. ej., el trabajo, las tareas intelectuales, el autocuidado).

Activación. Estado fisiológico y psicológico de estar despierto o reactivo a los estímulos.

Adicción sin sustancia. Trastorno del comportamiento (también llamada adicción conductual) no relacionado con una sustancia de abuso, que comparte algunas características con la adicción inducida por sustancias.

Acceso de cólera. Arrebato emocional (también llamado berrinche), que se asocia generalmente a los niños con malestar emocional, y por lo general se caracteriza por terquedad, lloros, gritos, vociferación, resistencia a los intentos de pacificación y, en algunos casos, golpes. Se puede perder el control físico y la persona puede ser incapaz de permanecer quieto, e incluso aunque se cumpla el "objetivo" de la persona, no se la puede calmar.

Afecto. Patrón de comportamientos observables, que es la expresión de los sentimientos experimentados subjetivamente (emoción). Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del *humor*, que concierne a un "clima" emocional más generalizado y persistente, el término *afecto* se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional. Lo que se considera gama normal de la expresión del afecto varía considerablemente tanto entre culturas diferentes como dentro de cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

Aplanado. Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

Embotado. Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

Inapropiado. Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o la ideación.

Lábil. Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Restringido o constreñido. Reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

Afectividad negativa. Experiencias frecuentes e intensas de alto grado de una amplia gama de emociones negativas (p. ej., la ansiedad, la depresión, la culpa/vergüenza, la preocupación, el enojo), y sus manifestaciones de comportamiento (p. ej., la autolesión) e interpersonales (p. ej., la dependencia). La afectividad negativa es uno de los cinco DOMINIOS DE RASGOS PATOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD definidos en Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la Sección III.

Afectividad restringida. Escasa reacción de respuesta emocional ante situaciones; expresión emocional constreñida, indiferencia y frialdad durante la participación en situaciones normales. La afectividad restringida es una faceta del dominio de los rasgos de la personalidad de INTROVERSIÓN.

Las **MAYÚSCULAS** indican que el término se encuentra en otras partes de este glosario. Las definiciones del glosario se han inspirado en las siguientes fuentes: Grupos de trabajo del DSM-5, fuentes de internet de acceso público y glosarios publicados anteriormente para los trastornos mentales (*World Health Organization and American Psychiatric Association*).

Agitación psicomotora. Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y está constituida por comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcerse las manos, manosear la vestimenta e incapacidad para permanecer sentado.

Agnosia. Pérdida de la capacidad de reconocer objetos, personas, sonidos, formas, olores que se produce en ausencia de algún tipo de deterioro del sentido específico o de una pérdida significativa de memoria.

Alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como una restricción de la cantidad del habla espontánea *(pobreza del habla)*. A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada *(pobreza del contenido)*.

Alucinación. Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las *ilusiones*, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener o no conciencia de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras que otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial forma parte de una realidad física independiente. El término *alucinación* no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se sueña, cuando se concilia el sueño *(hipnagógicas)* o cuando se produce el despertar *(hipnopómpicas)*. Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias. He aquí algunos tipos de alucinaciones:

Auditiva. Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces.

Congruente con el estado de ánimo. *Véase* SÍNTOMAS PSICÓTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO.

Geométrica. Alucinaciones visuales relacionadas con formas geométricas, tales como túneles y embudos, espirales, celosías o telarañas.

Gustativa. Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).

No congruentes con el estado de ánimo. *Véase* SÍNTOMAS PSICÓTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO.

Olfativa. Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o de pescado podrido.

Somática. Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación eléctrica). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas originadas por una enfermedad médica todavía no diagnosticada, por una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y por una alucinación táctil.

Táctil. Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de *hormigueo* (la sensación de que algo se mueve o repta bajo la piel).

Visual. Alucinación que implica ver imágenes estructuradas, tales como personas, o imágenes informales, tales como destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ILUSIONES, que son percepciones erróneas de los estímulos externos reales.

Amnesia. Incapacidad para recordar información autobiográfica importante, que es incompatible con el olvido ordinario.

Anhedonia. Falta de disfrute, participación o energía para las experiencias de la vida; déficits en la capacidad de sentir placer y tener interés en las cosas. La anhedonia es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESAPEGO.

Ánimo depresivo. Sentimientos de ser intensamente triste, miserable y/o carecer de esperanza. Algunos pacientes describen la ausencia de sentimientos y/o disforia, dificultades para recuperarse de tales estados de ánimo, pesimismo sobre el futuro, vergüenza y/o culpa penetrante, sentimientos de baja autoestima, y pensamientos y comportamiento suicidas. El ánimo depresivo es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESAPEGO.

Anosognosia. Afección en la que una persona con una enfermedad parece no darse cuenta de la existencia de la misma.

Ansia de alimentos específicos. Deseo irrefrenable por determinados alimentos.

Ansiedad. Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

Antagonismo. Comportamiento que pone a una persona en conflicto con otras, tal como un sentido exagerado de su propia importancia, con la expectativa concomitante de un tratamiento especial, así como una antipatía indiferente hacia los demás, que abarca tanto la falta de conciencia de las necesidades y los sentimientos de los demás, como una disposición a utilizar a los demás para su propia autoestima. El antagonismo es uno de los cinco grandes dominios de rasgos patológicos de la personalidad definidos en Modelos alternativos del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la Sección III.

Aplanamiento afectivo. *Véase* AFECTO.

Asignación de género. La asignación inicial como varón o mujer por lo general se produce en el nacimiento y, por lo tanto, se denomina "género natal".

Asociabilidad. Reducida iniciativa de interaccionar con otras personas.

Asunción de riesgos. Participar innecesariamente, y sin tener en cuenta las consecuencias, en actividades peligrosas, de riesgo y potencialmente autolesivas, con una falta de preocupación por las limitaciones de uno mismo y negación del peligro personal real, y una búsqueda desenfrenada de las metas sin importar el nivel de riesgo implicado. La asunción de riesgos es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESINHIBICIÓN.

Ataques de pánico. Períodos discretos en los que se produce un inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis hay síntomas como una alteración de la respiración o una sensación de ahogo, palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado, dolor o molestias torácicas, sofocación, y miedo a volverse loco o a perder el control. Los ataques de pánico pueden ser inesperados cuando el inicio de la crisis no se asocia con un precipitante situacional, ocurriendo como "llovido del cielo", y esperados, cuando el ataque de pánico se asocia con un desencadenante obvio, ya sea interno o externo.

Atención. Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por DISTRAIBILIDAD fácil o por dificultad para realizar tareas o para concentrarse en el trabajo.

Autodirección. Búsqueda de metas de vida coherentes y significativas a corto plazo; utilización de las normas internas constructivas y prosociales de comportamiento; capacidad para autorreflexionar productivamente.

Autoginefilia. Excitación sexual asociada con la idea o la imagen de ser mujer en un individuo varón de nacimiento.

Búsqueda de atención. Conductas diseñadas para atraer el interés y la admiración de los demás, haciendo de uno mismo el foco de la atención. La búsqueda de atención es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de ANTAGONISMO.

Características psicóticas. Rasgos caracterizados por delirios, alucinaciones y trastorno formal del pensamiento.

Catalepsia. Inducción pasiva de una postura mantenida contra la gravedad. Comparar con la FLEXIBILIDAD CÉREA.

Cataplejía. Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, que se producen a menudo en asociación con emociones intensas como la risa, la ira, el miedo o la sorpresa.

Ciclo rápido. Término que se refiere al trastorno bipolar y se caracteriza por la presencia de al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo, en los 12 meses anteriores, que cumplen los criterios para un episodio maníaco, hipomaníaco o un episodio depresivo mayor. Los episodios se delimitan bien por remisiones totales o parciales de al menos 2 meses, o bien por un cambio a un episodio de la polaridad opuesta (p. ej., del episodio depresivo mayor al episodio maníaco). El especificador de ciclo rápido puede aplicarse al trastorno bipolar I o bipolar II.

Coma. Estado de pérdida de conciencia completa.

Compulsión. Comportamiento repetitivo (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a unas normas que se deba aplicar de manera rígida. Estos comportamientos o actos mentales están dirigidos a prevenir o reducir la ansiedad o la angustia, o algún acontecimiento o situación temida; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están vinculados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o son claramente excesivos.

Condición intersexual. Estado en el que los individuos tienen indicadores biológicos de sexo contradictorios o ambiguos.

Creencias y experiencias inusuales. Creencia de que uno tiene habilidades inusuales, como la lectura de la mente, la telequinesis o la fusión de pensamiento-acción y experiencias inusuales de la realidad, como las experiencias alucinatorias. En general, las creencias inusuales no tienen el mismo nivel de convicción que los delirios. Creencias y experiencias inusuales son una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de PSICOTICISMO.

Delirio: *Véase* IDEA DELIRANTE

Desapego. Evitación de la expresión socioemocional, que incluye el RETRAIMIENTO SOCIAL (que abarca desde las interacciones diarias casuales a las interacciones con amistades y relaciones íntimas [esto es, la EVITACIÓN DE LA INTIMIDAD]) y la AFECTIVIDAD RESTRINGIDA, sobre todo una capacidad hedónica limitada. La introversión es uno de los DOMINIOS DE RATOS PATOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD definidos en Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la Sección III.

Desinhibición. Orientación hacia la gratificación inmediata, lo que lleva a un comportamiento impulsivo movido por pensamientos momentáneos, sentimientos y estímulos externos, sin tener en cuenta el aprendizaje pasado o la consideración sobre las consecuencias futuras. El PERFECCIONISMO RÍGIDO es el polo contrario de este dominio y refleja la restricción excesiva de los impulsos, la evitación de los riesgos, una responsabilidad y un perfeccionismo marcados y un comportamiento rígido gobernado por reglas. La desinhibición es uno de los cinco DOMINIOS DE RASGOS PATOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD definidos en Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la Sección III.

Desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de dónde se encuentra uno (el lugar) o de quién es (la persona).

Despersonalización. Experiencia de sentirse separado del propio cuerpo, de las propias acciones o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador externo (p. ej., sensación de que uno está en un sueño, sensación de irrealidad del yo, alteraciones en la percepción, emoción y/o entumecimiento físico, distorsiones temporales, sensación de irrealidad).

Desrealización. Experiencia de sentirse separado del propio entorno, y como si se tratase de un observador externo (p. ej., las personas u objetos son experimentados como irreales, oníricos, difusos, sin vida o visualmente distorsionados).

Disartria. Trastorno en la producción de los sonidos del habla debido a una alteración estructural o motora que afecta el aparato articulatorio. Tales trastornos incluyen paladar hendido, trastornos musculares, trastornos de los nervios craneales y parálisis bulbar (esto es, los trastornos de la neurona motora superior e inferior).

Discinesia. Alteración de los movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

Discurso repetitivo. Repeticiones morfológicamente heterogéneas del discurso.

Disforia (estado de ánimo disfórico). Una afección en la que una persona experimenta sentimientos intensos de depresión, el descontento y, en algunos casos, indiferencia ante el mundo que le rodea.

Disforia de género. Malestar que acompaña a la incongruencia entre el propio género experimentado y expresado, y el género asignado o natal.

Disociación. Separación de grupos de los contenidos mentales de la conciencia. La disociación es un mecanismo central para los trastornos disociativos. El término también se utiliza para describir la separación de una idea de su significado emocional y afectivo, como se ve en el afecto inadecuado en la esquizofrenia. A menudo como resultado de un trauma psíquico, la disociación puede permitir al individuo mantener su lealtad a dos verdades contradictorias siendo inconsciente de la contradicción. Una manifestación extrema de la disociación es el trastorno de identidad disociativo, en la que una persona puede mostrar varias personalidades independientes, sin conocer cada una a las otras.

Disomnias. Trastornos primarios del sueño o de la vigilia cuyo principal síntoma de presentación es el INSOMNIO o la HIPERSOMNIA. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o del tiempo de sueño. Comparar con las PARASOMNIAS.

Desregulación cognitiva y perceptual. Raros o inusuales procesos de pensamiento y experiencias, que incluyen la DESPERSONALIZACIÓN, la DESREALIZACIÓN y la DISOCIACIÓN; estados de sueños lúdicos y las experiencias de control de pensamiento. La desregulación cognitiva y perceptual es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de PSICOTICISMO.

Distimia. Presencia, junto con la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas: 1) falta de apetito o comer en exceso, 2) insomnio o hipersomnia, 3) falta de energía o fatiga, 4) baja autoestima, 5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, o 6) sentimientos de desesperanza.

Distonía. Alteración del tono muscular.

Distraibilidad. Incapacidad para mantener la atención y concentrarse en las tareas; la atención se desvía fácilmente con estímulos externos; dificultad para mantener un comportamiento centrado en las metas, incluyendo tanto la planificación como la realización de tareas. La distraibilidad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESINHIBICIÓN.

Dominios de rasgos patológicos de la personalidad. En la dimensión taxonómica de la Sección III Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, los rasgos de personalidad están organizados en cinco grandes dominios: AFECTIVIDAD NEGATIVA, DESAPEGO, ANTAGONISMO, DESINHIBICIÓN y PSICOTICISMO. Dentro de estos cinco dominios de rasgos generales hay 25 facetas específicas de rasgos de personalidad (p. ej., la impulsividad, el perfeccionismo rígido).

Duelo. Estado que surge con la perdida, por causa de muerte, de alguien con quien uno ha tenido una estrecha relación. Este estado incluye una serie de respuestas de pena y de luto.

Ecolalia. Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido, de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

Ecopraxia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona.

Empatía. Comprensión y apreciación de las experiencias y motivaciones de los demás, tolerancia de las diferentes perspectivas; comprensión de los efectos de la conducta propia sobre los demás.

Enlentecimiento psicomotor. Enlentecimiento visible generalizado de los movimientos y el habla.

Engaño. Deshonestidad y fraude; tergiversación propia; embellecimiento o invención al relacionar los acontecimientos. El engaño es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de ANTAGONISMO.

Episodio (episódico). Una duración específica de tiempo durante el cual el paciente ha desarrollado o experimentado los síntomas que cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno mental determinado. Dependiendo del tipo de trastorno mental, el episodio puede denotar un cierto número de síntomas o una gravedad o frecuencia especificada de los síntomas. Los episodios se pueden diferenciar en cada caso en un episodio único (el primero) o en la recurrencia o recaída de múltiples episodios.

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo: la depresión, la alegría, la cólera y la ansiedad. A diferencia del *afecto*, que se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional, el estado de ánimo se refiere a un "clima" emocional más persistente y sostenido. Estos son los tipos de estado de ánimo:

Disfórico. Estado de ánimo desagradable, como la tristeza, la ansiedad o la irritabilidad.

Elevado. Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente arriba, en éxtasis, en la cima del mundo o por las nubes.

Eutímico. Estado de ánimo dentro de la gama normal, que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

Expansivo. Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con una sobrevaloración del significado o de la importancia propios.

Irritable. Que se enfada fácilmente y susceptible a la cólera.

Estereotipias, conductas/movimientos estereotipados. Movimientos repetitivos, anormalmente frecuentes, sin estar dirigidos a un fin, aparentemente impulsados y con comportamiento motor no funcional (p. ej., agitar la mano o saludar, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse a uno mismo).

Estrés. El patrón de respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos que perturban su equilibrio y que retan o exceden su capacidad de hacerles frente.

Estresante traumático. Cualquier evento (o eventos) que pueden causar o implicar la amenaza de muerte, daños graves o violencia sexual a una persona, un familiar cercano o un amigo cercano.

Estresor. Cualquier factor emocional físico, social, económico o cualquier otro factor que perturbe el equilibrio fisiológico, cognitivo, emocional o de comportamiento normal de un individuo.

Estresor psicológico. Cualquier evento de la vida o cambio en la vida que pueda estar asociado temporalmente (y tal vez causalmente) con el inicio, la aparición o la exacerbación de un trastorno mental.

Estupor. Falta de actividad psicomotora, que puede implicar desde no relacionarse activamente con el medio ambiente hasta una inmovilidad completa.

Euforia. Una afección mental y emocional en la que una persona experimenta sentimientos intensos de bienestar, jubilo, felicidad, emoción y alegría.

Evitación. Acto de mantenerse lejos de las circunstancias relacionadas con el estrés; tendencia a eludir los indicios, las actividades y las situaciones que a la persona le recuerdan un evento estresante experimentado antes.

Evitación de la intimidad. Evitación de las relaciones cercanas o románticas, de los apegos interpersonales y de las relaciones sexuales íntimas. La evitación de la intimidad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESAPEGO.

Excentricidad. Comportamiento, apariencia y/o lenguaje raros, inusuales o extraños, con pensamientos inverosímiles e impredecibles; y la expresión de cosas extrañas o inapropiadas. La excentricidad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de PSICOTICISMO.

Expresión de género. La forma específica en la que el individuo promulga los roles de género establecidos en su sociedad.

Facetas específicas del modelo de rasgo de la personalidad. Componentes específicos de la personalidad que conforman los cinco amplios dominios de rasgos de personalidad en la dimensión taxonómica de la Sección III Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad. Por ejemplo, el dominio antagonismo se compone de las siguientes facetas: INSENSIBILIDAD, MANIPULACIÓN, GRANDIOSIDAD, HOSTILIDAD, NEGATIVISMO y ENGAÑO.

Fase residual. Período después de un episodio de la esquizofrenia que ha remitido en parte o completamente, pero en el cual pueden permanecer algunos de los síntomas, tales como la apatía, los problemas de concentración y la retracción social.

Fatiga. Un estado (también llamado agotamiento, cansancio, letargo, languidez, lasitud y apatía) generalmente asociado con una debilidad o un agotamiento físico de la persona y/o los recursos mentales, que implica desde un estado general de letargo a una percepción específica de sensación de ardor inducida durante el trabajo muscular. La fatiga física conduce a una incapacidad para continuar el funcionamiento a un nivel normal de actividad. A pesar de ser generalizada en la vida cotidiana, este estado por lo general se hace particularmente evidente durante el ejercicio intenso. La fatiga mental, por el contrario, a menudo se manifiesta como somnolencia (sueño).

Fatigabilidad. Tendencia a fatigarse fácilmente. *Véase también* FATIGA.

Flexibilidad cérea. Mantenimiento de la posición inducida por el examinador. Comparar con CATALEPSIA.

Fobia. Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

Fuga de ideas. Un flujo casi continuo de habla acelerada con cambios bruscos de un tema a otro y que se basan generalmente en asociaciones incomprensibles, distracción de estímulos o juegos de palabras. Cuando el trastorno es grave, el habla puede ser desorganizada e incoherente.

Funcionamiento de la personalidad. Modelos cognitivos de uno mismo y otros que conforman el compromiso emocional y afiliativo.

Fusión de pensamiento-acción. Tendencia a considerar los pensamientos y acciones como equivalentes.

Género. El papel público (y por lo general legalmente reconocido) que se vive como niño o niña, varón o mujer. Los factores biológicos son considerados como contribuyentes en la interacción con los factores sociales, psicológicos y el desarrollo del género.

Grandiosidad. Creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de derecho y condescendencia hacia los demás. La grandiosidad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de ANTAGONISMO.

Hiperacusia. Percepción acústica incrementada.

Hiperoralidad. Situación de llevarse a la boca objetos inapropiados.

Hipersexualidad. Impulso más fuerte de lo normal de realizar la actividad sexual.

Hipersomnia. Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados. *Véase también* SOMNOLENCIA.

Hipervigilancia. Un estado de sensibilidad sensorial aumentada, acompañado de una intensidad exagerada de los comportamientos que tienen por objeto detectar las amenazas. La hipervigilancia también está acompañada por un estado de ansiedad mayor que puede causar el agotamiento.

Otros síntomas son el aumento anormal de la activación, una alta capacidad de respuesta a los estímulos y la exploración continua del medio ambiente en busca de amenazas. En la hipervigilancia existe una exploración permanente del medio ambiente en búsqueda de imágenes, sonidos, personas, comportamientos, olores o cualquier otra cosa que pueda recordar a una amenaza o trauma. El individuo se sitúa en estado de alerta con el fin de asegurarse de que el peligro no está cerca. La hipervigilancia puede conducir a una variedad de patrones de comportamientos obsesivos, así como a una dificultad en la interacción y las relaciones sociales.

Hipomanía. Una anomalía de estado de ánimo que se asemeja a la manía pero de menor intensidad. *Véase también* MANÍA.

Hipopnea. Episodios de respiración muy superficial o de frecuencia respiratoria anormalmente baja.

Hostilidad. Sentimientos de enfado persistentes o frecuentes, ira o irritabilidad en respuesta a un insulto u ofensa menores; comportamiento desagradable o vengativo. La hostilidad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de ANTAGONISMO.

Idea delirante. Creencia falsa basada en deducciones incorrectas sobre la realidad externa que se mantiene firmemente a pesar de lo que el resto de las personas creen, y a pesar de las pruebas evidentes e indiscutibles de lo contrario. La creencia no es ordinariamente aceptada por otros miembros de la cultura o subcultura de la persona (esto es, no es un principio de la fe religiosa). Cuando una falsa creencia implica un juicio de valor, se considera como un delirio sólo cuando el juicio es tan extremo como para desafiar la credibilidad. Una convicción delirante puede derivarse a veces de una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea irrazonable, pero que no se sostiene con tanta firmeza como es el caso de un delirio). Los delirios se subdividen según su contenido. Los tipos más comunes son los siguientes:

Extraño: Delirio que implica un fenómeno que la cultura de la persona consideraría físicamente inverosímil.

Celos delirantes: Delirio de que la pareja sexual es infiel.

Congruente con el estado de ánimo: *Véase* SÍNTOMAS PSICÓTICOS CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO.

De grandeza: Delirio de valor, poder, conocimiento o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o un personaje famoso.

De referencia: Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos acontecimientos, objetos o personas del ambiente inmediato adoptan un significado especial e inusual. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Un delirio de referencia difiere de una *idea de referencia* en que las ideas sobre la falsa creencia no se sostienen tan firmemente ni están tan totalmente organizadas como una creencia delirante verdadera.

De ser controlado: Idea delirante en la que los sentimientos, los impulsos, los pensamientos o las acciones se experimentan como si estuvieran bajo el control de una fuerza externa más que bajo el control de uno mismo.

Difusión del pensamiento: Una ideación delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en voz alta de modo que pueden ser percibidos por otros.

Erotomaníaca: Idea delirante de que otra persona, generalmente de un estatus más alto, está enamorada del individuo.

Inserción del pensamiento: Una idea delirante de que algunos de los pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien se insertan en la propia mente.

No congruente con el estado de ánimo: Véase SÍNTOMAS PSICÓTICOS NO CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ÁNIMO.

Persecutoria: Idea delirante en la que el tema central es que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, acosado, engañado, perseguido, o que se conspira en su contra.

Somática: Idea delirante cuyo contenido principal se refiere a la apariencia o el funcionamiento del propio cuerpo.

Tipo mixto: Ideas delirantes de más de un tipo (p. ej., las EROTOMANÍACAS, las DE GRANDEZA, las PERSECUTORIAS, las SOMÁTICAS) en las que no predomina ningún tema.

Idea sobrevalorada. Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia pueda no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a la que pertenece el sujeto.

Ideación paranoide. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

Ideas suicidas (ideación suicida). Pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte.

Ideas de referencia. Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular e inusual que es específico para cada individuo. Debe distinguirse de un *delirio de referencia,* en los que existe una creencia sostenida con una convicción delirante.

Identidad. Experiencia de uno mismo como único, con los límites claros entre el individuo y los demás; estabilidad de la autoestima y exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad para regular una gama de la experiencias emocionales.

Identidad de género. Una categoría de identidad social que se refiere a la identificación de un individuo como varón, mujer o, en ocasiones, alguna categoría que no sea varón o mujer.

Ilusión. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real: por ejemplo, escuchando el ruido de unas hojas o el sonido de unas voces. *Véase* también ALUCINACIÓN.

Inicio del sueño REM (en inglés, *Rapid Eye Movement*). Aparición de la fase del sueño con movimientos oculares rápidos (MOR) minutos después de quedarse dormido. Por lo general, se valora con una prueba de latencia múltiple del sueño.

Inseguridad de separación. Temor a estar solo debido al rechazo y/o la separación de otras personas significativas, que se basa en una falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo tanto física como emocionalmente. La inseguridad de separación es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de AFECTIVIDAD NEGATIVA.

Insomnio. Quejas subjetiva de dificultad para conciliar o mantener el sueño o de mala calidad del sueño.

Intimidad. Profundidad y duración de la relación con los demás, deseo y capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación que se refleja en el comportamiento interpersonal.

Impulsividad. Actuación según la emoción del momento, en respuesta a los estímulos inmediatos, actuando de forma instantánea y sin planear o tener en cuenta los resultados; dificultad para establecer y seguir los planes; bajo estrés emocional; aparecen sensación de emergencia y conductas autolesivas. La impulsividad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESINHIBICIÓN.

Incoherencia. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre *dentro* de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce *entre* las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada "ensalada de palabras" para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencias ciertas construcciones escasas gramaticalmente o los usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

Insensibilidad. Falta de preocupación por los sentimientos o los problemas de los demás; ausencia de culpa o remordimiento sobre los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás. La insensibilidad es una faceta del dominio de los rasgos de la personalidad de ANTAGONISMO.

Intento de suicido. Intento de poner fin a la propia vida que puede conducir a la muerte.

Irresponsabilidad. Desobediencia e incumplimiento de los compromisos financieros u otras obligaciones; falta de respeto y del cumplimiento de los acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena. La irresponsabilidad es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de DESINHIBICIÓN.

Labilidad emocional. Inestabilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; las emociones se desencadenan con facilidad, intensamente y/o desproporcionadamente en relación a los eventos y circunstancias. La labilidad emocional es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de AFECTIVIDAD NEGATIVA.

Lenguaje pragmático. La comprensión y el uso del lenguaje en un contexto dado. Por ejemplo, la advertencia "Mira tus manos" emitida a un niño que está sucio pretende no sólo pedir al niño que mire sus manos, sino también comunicarle la advertencia de "no ensucies nada".

Letargo. Estado de actividad mental disminuida, caracterizado por lentitud, somnolencia, inactividad y reducción del estado de alerta.

Macropsia. Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son. Comparar con la MICROPSIA.

Malestar psicológico. Una variedad de síntomas y experiencias de la vida interna de una persona que tienden a ser preocupantes, confusos o fuera de lo común.

Manía. Un estado mental de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y aumento persistente del nivel de actividad o energía. *Véase también* HIPOMANÍA.

Manierismo. Un estilo individual, peculiar y característico del movimiento, acción, pensamiento o discurso.

Manipulación. Uso de subterfugios para influir o controlar a otros; el uso de la seducción, el encanto, la labia o la adulación para conseguir fines. La manipulación es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de ANTAGONISMO.

Mecanismos de defensa. Mecanismos que median la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y los factores de estrés externos. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., la proyección, la dicotomización, el *acting out*) son casi siempre desadaptativos. Otros (p. ej., la supresión, la negación) pueden ser desadaptativos o adaptativos, en función de su gravedad, su falta de flexibilidad y el contexto en el que se producen.

Medidas psicométricas. Instrumentos estandarizados, tales como las escalas, los cuestionarios, los test y las evaluaciones, que se han diseñado para medir el conocimiento humano, las habilidades, las actitudes o los rasgos de personalidad.

Melancolía. Estado mental caracterizado por depresión muy severa.

Memorias retrospectivas (*flashbacks*). Un estado disociativo en el que se vuelven a experimentar los aspectos de un evento traumático como si estuvieran ocurriendo en ese momento.

Micropsia. Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son. Comparar con la MACROPSIA.

Miedo. Una reacción emocional a una amenaza percibida de forma inminente o a un peligro asociado con impulsos de huir o luchar.

Muecas. Expresiones faciales raras e inapropiadas no relacionadas con la situación (como se ve en los individuos con catatonia).

Mutismo. Respuesta verbal ausente o escasa (en ausencia de una afasia conocida).

Narcolepsia. Trastorno del sueño que se caracteriza por períodos de adormecimiento intenso y frecuentes lapsos de sueño durante el día (ataques de sueño). Éstos deben haber estado ocurriendo por lo menos tres veces por semana durante los últimos 3 meses (en ausencia de tratamiento).

Negativismo. Oposición a propuestas o consejos, comportamiento opuesto al que corresponde en una situación específica o en contra de los deseos de los demás, incluyendo la resistencia directa a los esfuerzos para moverle.

Nerviosismo. Sentimientos de intranquilidad o tensión en respuesta a diversas situaciones; preocupación frecuente por las consecuencias negativas de las experiencias desagradables del pasado y por la posibilidad de otras futuras negativas; sentirse temeroso y aprensivo acerca de la incertidumbre, esperando que suceda lo peor. El nerviosismo es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de AFECTIVIDAD NEGATIVA.

Obsesión. Pensamientos persistentes y recurrentes, impulsos o imágenes que se viven, en algún momento del trastorno, como intrusos e indeseados y que, en la mayoría de los individuos, causan una ansiedad o angustia marcadas. El individuo intenta ignorar o suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o acciones (esto es, mediante la realización de una compulsión).

Parasomnias. Trastornos del sueño que implican comportamientos anormales o eventos fisiológicos que ocurren durante el sueño o las transiciones del sueño-vigilia. Comparar con las DISOMNIAS.

Patrón estacional. Un patrón de la aparición de un trastorno mental específico en determinadas estaciones del año.

Pensamiento acelerado. Estado en que la mente plantea sin control pensamientos y recuerdos aleatorios y cambia entre ellos muy rápidamente. A veces, los pensamientos están relacionados y un pensamiento lleva a otro; otras veces son completamente al azar. Una persona que experimenta un episodio de pensamiento acelerado no tiene control sobre el pensamiento y es incapaz de concentrarse en un solo tema o dormir.

Pensamiento mágico. Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Perfeccionismo rígido. Estricta insistencia en que todo tenga que estar perfecto, impecable y sin errores o fallos, incluyendo el rendimiento de uno mismo y de los demás; se sacrifica la puntualidad para garantizar la exactitud de cada detalle; creencia en que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas; dificultad para cambiar las ideas y/o el punto de vista; preocupación por los detalles, la organización y el orden. La falta de perfeccionismo rígido es una faceta del amplio dominio de rasgos de la personalidad de DESINHIBICIÓN.

Perseverancia. Persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas después de que el comportamiento ha dejado de ser funcional o efectivo; continuación del mismo comportamiento a pesar de los repetidos fracasos o de las razones claras para parar. Perseverancia es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de AFECTIVIDAD NEGATIVA.

Personalidad. Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los RASGOS DE LA PERSONALIDAD son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de la personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y provocan un malestar subjetivo o un déficit funcional significativo.

Pica. Deseo persistente de comer sustancias no comestibles o no nutritivas durante un período de al menos un mes. El consumo de sustancias que no son alimentos nutritivos no es apropiado para el nivel de desarrollo del individuo (se sugiere una edad mínima de 2 años para el diagnóstico). El comportamiento de ingerir estas sustancias no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normal.

Polisomnografía. La polisomnografía (PSG), también conocida como estudio del sueño, es una prueba multiparamétrica utilizada en el estudio del sueño y como herramienta de diagnóstico en la medicina del sueño. El resultado de la prueba se denomina polisomnograma, también abreviado PSG. La PSG controla muchas funciones corporales, entre las que están el cerebro (electroencefalograma), los movimientos oculares (electrooculografía), la actividad muscular o la activación músculo-esquelética (electromiografía) y el ritmo cardíaco (electrocardiografía).

Postura. Mantenimiento espontáneo y activo de una postura contra la gravedad (como se ve en la CATATONIA). La postura anormal también puede ser un signo de ciertas lesiones en el cerebro o la médula espinal, incluyendo las siguientes:

Postura de descerebración. Postura consistente en los brazos y las piernas estirados y rígidos, los dedos de los pies apuntan hacia abajo y la cabeza se arquea hacia atrás.

Postura de decorticación. Postura en la que cuerpo del individuo está rígido, los brazos están rígidos y doblados, los puños están apretados y las piernas están en línea recta.

Opistótonos. La espalda está rígida y arqueada, y la cabeza echada hacia atrás.

Una persona afectada puede alternar las diferentes posturas cuando la afección cambia.

Preocupación. Pensamientos desagradables o incómodos que no pueden ser controlados conscientemente tratando de desviar la atención hacia otros temas. La preocupación es a menudo persistente, repetitiva y desproporcionada con el tema preocupante (que incluso puede ser una trivialidad).

Presión del habla. El habla se incrementa en cantidad, se vuelve acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Por lo general, también es fuerte y enfática. Con frecuencia la persona habla sin estímulo social y puede continuar hablando a pesar de que nadie le esté escuchando.

Pródromo. Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

Prueba de latencia múltiple del sueño. Evaluación polisomnográfica del período del comienzo del sueño, con varios ciclos de sueño-vigilia cortos evaluados durante una sola sesión. La prueba mide repetidamente el tiempo de inicio del sueño diario ("latencia del sueño") y el tiempo de inicio de la aparición de la fase de movimientos oculares rápidos.

Pseudociesis. Una falsa creencia de estar embarazada que se asocia con signos objetivos de embarazo y comunicación de síntomas del mismo.

Psicoticismo. Exhibición de una amplia gama de conductas y cogniciones culturalmente incongruentes, extrañas, excéntricas o inusuales, que afectan tanto al proceso (p. ej., la percepción, la disociación) como al contenido (p. ej., las creencias). El psicoticismo es uno de los cinco dominios de los rasgos patológicos de la personalidad generales que se definen en Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, en la Sección III.

Purgas. *Véase* TRASTORNO DE PURGAS.

Rasgo de la personalidad Una tendencia a comportarse, sentir, percibir y pensar de una manera relativamente constante a lo largo del tiempo y en las situaciones en las que el rasgo se manifiesta.

Reacciones de sobresalto. Una reacción involuntaria (reflexiva) a un estímulo repentino e inesperado, como un ruido fuerte o un movimiento brusco.

Reasignación de género. Es un cambio de género que puede ser médico (hormonas, cirugía) o jurídico (reconocimiento del gobierno), o ambos. En el caso de las intervenciones médicas, a menudo implican una reasignación de sexo.

REM. *Veáse* INICIO DEL SUEÑO REM.

Retraimiento social. Preferencia por estar solo a estar con los demás; reticencia a las situaciones sociales, evitación de los contactos y actividades sociales, falta de apertura durante los contactos sociales. La retracción social es una faceta del dominio de DESAPEGO.

Ritmos biológicos. *Véase* RITMOS CIRCADIANOS.

Ritmos circadianos. Variaciones cíclicas en la función fisiológica y bioquímica, el nivel de la actividad de sueño-vigilia y el estado emocional. Los ritmos circadianos tienen un ciclo de aproximadamente 24 horas, los *ritmos ultradianos* tienen un ciclo más corto que 1 día y los *ritmos infradianos* tienen un ciclo que puede durar semanas o meses.

Rumiación. *Véase* TRASTORNO DE RUMIACIÓN.

Sexo. Indicador biológico de varón y mujer (entendido en el contexto de la capacidad de reproducción), como por ejemplo los cromosomas sexuales, las gónadas, las hormonas sexuales y unos genitales internos y externos no ambiguos.

Signo. Una manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos los observa el examinador en vez de comunicarlos la persona afectada. Comparar con SÍNTOMA.

Síndrome. Una agrupación de signos y síntomas que, basándose en su frecuente concurrencia, pueden sugerir una patogenia común subyacente, un curso, un patrón familiar o la elección del tratamiento.

Síndrome del comedor nocturno. Episodios recurrentes de comer por la noche, manifestándose por el consumo de alimentos tras despertarse de un sueño o por el consumo excesivo de alimentos después de la cena. Existen la conciencia y el recuerdo de la alimentación. El hábito de comer de noche no se explicaría mejor por las influencias externas, tales como los cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o unas normas sociales particulares.

Síndrome de discontinuación de antidepresivos. Es un conjunto de síntomas que pueden aparecer después del cese abrupto o de la reducción marcada de la dosis de un antidepresivo que se había tomado de forma continuada durante al menos un mes.

Síndrome de las piernas inquietas. Necesidad de mover las piernas, generalmente acompañada o causada por sensaciones molestas y desagradables en las piernas (para el síndrome de piernas inquietas pediátrico, la descripción de estos síntomas debería ser según las propias palabras del niño). Los síntomas comienzan o empeoran durante los períodos de descanso o inactividad. Los síntomas se alivian parcial o totalmente con el movimiento. Los síntomas son peores por la tarde o por la noche que durante el día, o se producen sólo por la tarde/noche.

Sinestesias. Afección en la que la estimulación de una vía sensorial o cognitiva conduce a experiencias involuntarias automáticas en una segunda vía sensorial o cognitiva.

Síntoma. Es una manifestación subjetiva de una afección patológica. Los síntomas los expone el individuo afectado y no los observa el examinador. Comparar con SIGNO.

Síntoma de conversión. Pérdida o alteración del funcionamiento motor voluntario o sensorial con o sin un aparente deterioro de la conciencia. El síntoma no se explicaría completamente por una enfermedad neurológica u otra afección médica, o por los efectos directos de una sustancia, y no se estaría produciendo o fingiendo intencionadamente.

Síntomas mixtos. El especificador "con características mixtas" se aplica a los episodios del estado de ánimo durante los cuales aparecen síntomas subliminales del polo opuesto. Aunque los síntomas "mixtos" concurrentes son relativamente simultáneos, también se pueden producir de manera muy cercana en el tiempo, con un aumento y una disminución de los síntomas individuales del polo opuesto (esto es, síntomas depresivos durante los episodios de hipomanía o de manía, y viceversa).

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o de las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parte de conceptos autodespreciativos, como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones implicará temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de una relación especial con una deidad o una persona famosa. El contenido del delirio puede implicar temas de persecución si se basa en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión, los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o un castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso.

Somnolencia. Es un estado cercano al sueño, un fuerte deseo de dormir, o de dormir durante períodos inusualmente largos. Tiene dos significados distintos y se refiere tanto al estado habitual para conciliar el sueño como a la enfermedad crónica que implica este estado, independiente del ritmo circadiano. Comparar con la HIPERSOMNIA.

Sonambulismo. Episodios repetidos de levantarse de la cama durante el sueño y caminar que, por lo general, ocurren durante el primer tercio del sueño. Aunque en el sonambulismo la persona tiene una mirada fija y perdida, es relativamente insensible a los esfuerzos de los demás por comunicarse con él y existe una gran dificultad para despertarlo.

Sobrealimentación. Comer demasiada comida muy rápidamente.

Subsindrómico. Por debajo de un nivel o umbral especificado requerido para calificar de una afección particular. Las afecciones subsindrómicas (*formes frustres*) son afecciones médicas que no cumplen con todos los criterios para un diagnóstico porque hay menos síntomas o son menos graves que un síndrome definido, pero que sin embargo pueden identificarse y relacionarse con el síndrome.

Suicidio. El acto de causar de forma intencionada la propia muerte.

Sumisión. Adaptación del comportamiento de uno a los intereses y deseos reales o percibidos de los demás, incluso siendo la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos. La sumisión es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad de AFECTIVIDAD NEGATIVA.

Suspicacia. Expectativas de y sensibilidad hacia los signos de mala intención interpersonal o perjuicio; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado y/o perseguido por los demás. La suspicacia es una faceta del dominio de DESAPEGO.

Terrores nocturnos. Episodios recurrentes de despertares bruscos por miedos durante el sueño, que aparecen generalmente durante el primer tercio del sueño y que comienzan con un grito de pánico. Hay un miedo intenso y signos de excitación autonómica, tales como midriasis, taquicardia, respiración rápida y sudoración durante cada episodio.

Tolerancia. Una situación que se produce con el uso continuo de una droga en la que un individuo requiere dosis mayores para lograr el mismo efecto.

Tic. Movimiento motor o vocalización involuntario, súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.

Transgénero. Es el conjunto de individuos que se identifican de forma transitoria o permanente con un género diferente de su sexo natal.

Transexual. Una persona que busca o que se ha sometido a una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, que en muchos casos, pero no en todos, también puede implicar una transición somática por el tratamiento hormonal o el tratamiento quirúrgico genital ("cirugía de reasignación de sexo").

Trastorno del desarrollo sexual. Estado de desviaciones innatas somáticas significativas del tracto reproductor normal y/o discrepancias entre los indicadores biológicos de varones y mujeres.

Trastorno de la personalidad-especificado por rasgos. En Modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, de la Sección III se propone una categoría de diagnóstico para su uso cuando se considera que existe un trastorno de la personalidad pero no se cumplen los criterios para un trastorno específico. El trastorno de personalidad-especificado por rasgos (TP-ER) está definido por un deterioro significativo en el funcionamiento personal, tal como se mide por la Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad y uno o más DOMINIO de rasgos patológicos de la personalidad o de las facetas de rasgos de la personalidad. El TP-ER se propone en la Sección III del DSM-5 para su estudio como posible reemplazo en el futuro de otro trastorno de la personalidad especificado y un trastorno de la personalidad no especificado.

Trastorno de pesadillas. Aparición repetida de sueños extensos, extremadamente disfóricos y que se recuerdan bien, que por lo general implican la realización de esfuerzos con el fin de evitar que se amenace la supervivencia, la seguridad o la integridad física, los cuales aparecen habitualmente durante la segunda mitad del sueño. Al despertarse de los sueños con disforia, el individuo se orienta y se pone alerta rápidamente.

Trastorno de purgas. Trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por conductas purgativas recurrentes con influencia sobre el peso o la silueta, tales como vómitos autoinducidos y el uso indebido de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, en ausencia de una ingesta compulsiva.

Trastorno de rumiación. Regurgitación repetida de los alimentos durante un período de por lo menos un mes. Los alimentos regurgitados pueden ser remasticados, reingeridos o escupidos. En los trastornos de rumiación no hay evidencia de que una enfermedad gastrointestinal u otra afección médica asociada (p. ej., el reflujo gastroesofágico) sean suficientes para explicar la regurgitación repetida.

Vivencia de género. La forma única y personal en la que los individuos experimentan su género en el contexto de los roles de género proporcionados por sus sociedades.

<= Ir al Índice

Glosario de conceptos culturales de malestar

Ataque de nervios

El *ataque de nervios* es un síndrome que aparece entre los individuos de ascendencia latina, que se caracteriza por síntomas de intenso malestar emocional, como ansiedad, enfado o pena agudos, chillar y gritar descontroladamente, ataques de llanto, temblores, calor en el pecho que sube a la cabeza, y agresividad verbal y física. Las experiencias disociativas (p. ej., la despersonalización, la desrealización, la amnesia), los episodios de apariencia convulsiva o de desmayo, y los gestos suicidas destacan en algunos ataques, pero están ausentes en otros. Una característica general de un ataque de nervios es la sensación de haber perdido el control. Los ataques a menudo suceden como el resultado directo de un acontecimiento estresante relacionado con la familia, como la noticia de la muerte de un pariente cercano, de los conflictos con el cónyuge o los hijos, o por presenciar un accidente en el que está implicado un miembro de la familia. Para una minoría de individuos, los ataques no están desencadenados por ningún evento social en particular, sino que son las experiencias de malestar acumuladas lo que les hace vulnerables a perder el control.

No se han encontrado relaciones de correspondencia exacta entre un ataque y un trastorno psiquiátrico específico, aunque varios trastornos, incluyendo el trastorno de pánico, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, y el trastorno de conversión experimentan un solapamiento sintomático con el ataque.

En las muestras comunitarias, el ataque se asocia con ideación suicida, la discapacidad y el uso de los recursos psiquiátricos ambulatorios después de ajustar en función de los diagnósticos psiquiátricos, de la exposición a los acontecimientos traumáticos y otras covariables. Sin embargo, algunos ataques representan expresiones normativas de un malestar agudo (p. ej., en un funeral) y no tienen secuelas clínicas. El término *ataque de nervios* también puede referirse a una expresión del malestar que implica cualquier paroxismo emocional en forma de ataque (p. ej., la risa histérica), y se puede utilizar para indicar un episodio de pérdida de control en respuesta a un factor de estrés intenso.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: indisposición en Haití, *blacking out* en el sur de Estados Unidos, *falling out* en el Caribe.

Trastornos relacionados en el DSM-5: ataque de pánico, trastorno de pánico, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), trastorno explosivo intermitente, otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado, otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado o no especificado.

Khyâl cap

El "ataque de *khyâl*" (*khyâl cap*), o "ataque de viento", es un síndrome que aparece entre los camboyanos que viven en Estados Unidos y en Camboya. Los síntomas habituales son los de los ataques de pánico, como mareo, palpitaciones, falta de aire y extremidades frías, así como otros síntomas de ansiedad y de activación autonómica (p. ej., acúfenos y dolor de cuello). Los ataques de *khyâl* implican cogniciones catastróficas centradas en la preocupación de que el *khyâl* (una sustancia similar al viento) puede subir por dentro del cuerpo –junto con la sangre– y provocar una serie de consecuencias graves (p. ej., comprimir los pulmones para provocar falta de aire y asfixia; entrar en el cerebro para producir acúfenos, mareo, visión borrosa y un síncope letal). Los ataques de *khyâl* pueden aparecer sin previo aviso, pero a menudo están desencadenados por pensamientos preocupantes, por ponerse de pie (es decir, por el ortostatismo), por olores específicos que tienen asociaciones negativas y por estímulos de tipo agorafóbico, como estar en aglomeraciones o montar en coche. Los ataques de *khyâl*

suelen cumplir los criterios de los ataques de pánico, y pueden moldear la experiencia de otros trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los ataques de *khyâl* pueden asociarse con una discapacidad importante.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: Laos (*pen lom*), Tíbet (*srog rlung gi nad*), Sri Lanka (*vata*) y Korea (*hwa byung*).

Trastornos relacionados en el DSM-5: ataque de pánico, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad por enfermedad.

Kufungisisa

Kufungisisa ("pensar demasiado" en lengua shona) es una expresión de malestar y una explicación cultural entre los shona de Zimbabwe. Como explicación, se considera una causa de ansiedad, depresión y problemas somáticos (p. ej., "me duele el corazón porque pienso demasiado"). Como expresión de malestar psicosocial indica dificultades interpersonales y sociales (p. ej., problemas conyugales, no tener dinero para cuidar de los hijos). *Kufungisisa* supone rumiar pensamientos causantes de malestar, en especial preocupaciones.

Kufungisisa se asocia con varios tipos de psicopatología, entre los que están los síntomas de ansiedad, la preocupación excesiva, los ataques de pánico, los síntomas depresivos y la irritabilidad. En un estudio de una muestra comunitaria aleatoria, dos tercios de los casos identificados por una medida general de psicopatología eran de este síndrome.

En muchas culturas se considera que "pensar demasiado" es perjudicial para la mente y el cuerpo, y que provoca síntomas específicos, como la cefalea y el mareo. "Pensar demasiado" también puede ser un componente clave de síndromes culturales como el "agotamiento del cerebro" en Nigeria. En el caso del agotamiento del cerebro, "pensar demasiado" se atribuye fundamentalmente al exceso de estudio, que se considera que daña en concreto el cerebro y origina síntomas como sensaciones en la cabeza de calor o de reptar.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: "pensar demasiado" es una expresión común de malestar y una explicación cultural en muchos países y grupos étnicos. Se ha descrito en África, el Caribe y América Latina, y entre grupos del este asiático y de nativos americanos.

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de duelo complejo persistente (véase Afecciones para continuar el estudio).

Maladi moun

Maladi moun (literalmente "enfermedad causada por los humanos", también llamada "enfermedad enviada") es una explicación cultural de las comunidades haitianas para diversos trastornos médicos y psiquiátricos. En este modelo explicativo la envidia y la malevolencia interpersonales provocan que la gente dañe a sus enemigos enviándoles enfermedades como la psicosis, la depresión, el fracaso social o académico, y la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. El modelo etiológico asume que la enfermedad la causan la envidia y el odio de los demás provocados por el éxito económico de la víctima, que se evidencia por un nuevo trabajo o por una adquisición cara. Se asume que la ganancia de una persona provoca la pérdida de otra persona, por lo que tener un éxito visible le hace a uno vulnerable a los ataques. La asignación de la etiqueta de enfermedad enviada depende más de la forma de inicio y del estatus social, que de los síntomas presentados. Un inicio agudo de nuevos síntomas o un cambio comportamental brusco levantaría las sospechas de un ataque espiritual. Una persona atractiva, inteligente o adinerada se percibiría como alguien especialmente vulnerable, e incluso los niños sanos tendrían riesgo.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: la preocupación por la enfermedad (típicamente la enfermedad física) causada por la envidia o el conflicto social son comunes en las diferentes cultura, y a menudo se expresan en forma de "mal de ojo" (p. ej., en español, *mal de ojo*, en italiano, *mal'occhiu*).

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno delirante, tipo persecutorio; esquizofrenia con características paranoides.

Nervios

Los *nervios* son una expresión de malestar común entre los latinos de Estados Unidos y América Latina. Nervios se refiere a un estado general de vulnerabilidad a las experiencias vitales estresantes y a las circunstancias vitales adversas. El término *nervios* incluye un amplio abanico de síntomas de malestar emocional, alteraciones somáticas e incapacidad para funcionar. Los síntomas más habituales que se atribuyen a los nervios incluyen la cefalea y el "dolor de cerebro" (tensión cervical occipital), la irritabilidad, las alteraciones estomacales, las dificultades para dormir, el nerviosismo, el llanto fácil, la incapacidad para concentrarse, los temblores, las sensaciones de hormigueo y los mareos. Nervios es una expresión amplia de malestar que abarca un espectro de gravedad que implica desde casos sin trastorno mental hasta presentaciones similares a los trastornos de adaptación, de ansiedad, depresivos, disociativos, de síntomas somáticos o psicóticos. "Ser nervioso desde la infancia" parece ser más bien un rasgo y puede preceder al trastorno de ansiedad social, mientras que "estar enfermo de los nervios" está más relacionado que otras formas de nervios con los problemas psiquiátricos, en especial con la disociación y con la depresión.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: *nevra* entre los griegos de Norteamérica, *nierbi* entre los sicilianos de Norteamérica y *nerves* entre los blancos de los Apalaches y Terranova.

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, otro trastorno disociativo especificado o no especificado, trastorno de síntomas somáticos, esquizofrenia.

Shenjing shuairuo

Shenjing shuairuo ("debilidad del sistema nervioso" en chino mandarín) es un síndrome cultural que integra las categorías conceptuales de la medicina tradicional china con el diagnóstico occidental de neurastenia. En la segunda edición revisada de la *Clasificación China de Trastornos Mentales* (CCTM-2-R), *shenjing shuairuo* se define como un síndrome compuesto por tres de cinco grupos no jerárquicos de síntomas: la debilidad (p. ej., la fatiga mental), las emociones (p. ej., sentirse enojado), la excitación (p. ej., un aumento de los recuerdos), el dolor nervioso (p. ej., la cefalea) y el sueño (p. ej., insomnio). *Fan nao* (sentirse enojado) es una forma de irritabilidad mezclada con preocupación y malestar por los pensamientos encontrados y los deseos frustrados. La tercera edición del CCTM mantiene el *shenjing shuairuo* como un diagnóstico somatomorfo de exclusión. Los desencadenantes principales del *shenjing shuairuo* son los factores de estrés relacionados con el trabajo o la familia, la humillación (*mianzi, lianzi*) y un sentimiento agudo de fracaso (p. ej., en el rendimiento académico). *Shenjing shuairuo* se relaciona con los conceptos tradicionales de debilidad (*xu*) y con desequilibrios en la salud relacionados con deficiencias de una esencia vital (p. ej., la depleción de *qi* [energía vital] tras un sobreesfuerzo, o el estancamiento de *qi* debido a la preocupación excesiva). Según la interpretación tradicional, el *shenjing shuairuo* aparece cuando los canales corporales (*jing*) por los que circula la fuerza vital (*shen*) se desequilibran como resultado de diversos estresores sociales e interpersonales, como la incapacidad para cambiar una situación habitualmente frustrante y angustiante. Varios trastornos psiquiátricos se asocian con el *shenjing shuairuo*, en especial los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de síntomas somáticos. Sin embargo, en los centros médicos de China hasta el 45 % de los pacientes con *shenjing shuairuo* no cumplen los criterios para ningún trastorno del DSM-IV.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: aparecen expresiones y síndromes relacionados con la neurastenia en la India (*ashaktapanna*) y en Japón (*shinkei-suijaku*), entre otros. También están estrechamente relacionados otros trastornos, como el agotamiento del cerebro, el síndrome de *burnout* y el síndrome de fatiga crónica.

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático.

Síndrome dhat

El *síndrome dhat* es un término que se acuñó en el sur de Asia hace poco más de medio siglo para describir la presentación clínica frecuente de jóvenes pacientes varones que atribuían sus variados

síntomas a la pérdida de semen. A pesar del nombre, no se trata de un síndrome por separado, sino de una explicación cultural del malestar de los pacientes que refieren síntomas diversos, como la ansiedad, la fatiga, la debilidad, la pérdida de peso, la impotencia, otras quejas somáticas múltiples y el ánimo deprimido. La característica esencial es la ansiedad y el malestar en relación a la pérdida del *dhat*, en ausencia de cualquier disfunción fisiológica identificable. El *dhat* era identificado por los pacientes como una secreción blanca que notaban al defecar u orinar. Las ideas acerca de esta sustancia están relacionadas con el concepto de *dhatu* (semen), descrito en el sistema de medicina hindú, el Ayurveda, como uno de los siete fluidos corporales esenciales cuyo equilibrio es necesario para mantener la salud.

Aunque el *síndrome dhat* se formuló como una guía cultural para la práctica clínica local, se ha demostrado que están extendidas las ideas relacionadas acerca de los efectos dañinos de la pérdida de semen entre la población general, lo que sugiere una predisposición cultural para explicar los problemas de salud y los síntomas en relación al *síndrome dhat*. La investigación en los ámbitos de asistencia sanitaria ha proporcionado diferentes estimaciones de la prevalencia del síndrome (p. ej., el 64 % de los varones que acuden a los centros de atención psiquiátrica por quejas sexuales en la India; el 30 % de los varones que acuden a los centros médicos generales en Pakistán). Aunque habitualmente el *síndrome dhat* se identifica con los hombres jóvenes que provienen de contextos socioeconómicos bajos, también pueden verse afectados los hombres de mediana edad. Se han asociado quejas similares sobre las secreciones vaginales (leucorrea) con una variante del concepto en las mujeres.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: el *Koro* en el sureste asiático, en especial en Singapur, y el *shen-k'uei* ("disfunción del riñón") en China.

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno eréctil, eyaculación prematura (precoz), otra disfunción sexual especificada o no especificada, problemas académicos.

Susto

El *susto* es una explicación cultural del malestar y el infortunio prevalente entre algunos latinos de Estados Unidos y en personas de México, Centroamérica y Sudamérica. No se reconoce como categoría de enfermedad entre los latinos caribeños. El susto es una enfermedad atribuida a un suceso que asusta y hace que el alma abandone el cuerpo, dando como resultado infelicidad y enfermedad, además de dificultades para desempeñar los papeles sociales clave. Los síntomas pueden aparecer en cualquier momento desde días hasta años después de sufrir el suceso que le asustó. En los casos extremos, el susto puede producir la muerte. No hay síntomas específicos que definan el susto; sin embargo, los síntomas que suelen referir las personas con susto son alteraciones del apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueño turbado o sueños, sentimientos de tristeza, baja autoestima o suciedad, sensibilidad interpersonal, y falta de motivación para hacer nada. Los síntomas somáticos que acompañan al susto pueden ser molestias y dolores musculares, frío en las extremidades, palidez, cefalea, dolor abdominal y diarrea. Los acontecimientos precipitantes son diversos e incluyen fenómenos naturales, animales, situaciones interpersonales y entes sobrenaturales, entre otros.

Se han identificado tres tipos sindrómicos de susto (denominado *cibih* en la lengua zapoteca local), y cada uno de ellos tiene relaciones diferentes con los diagnósticos psiquiátricos. Un susto interpersonal, caracterizado por sentimientos de pérdida, abandono y no ser querido por la familia, con síntomas acompañantes de tristeza, mala imagen de sí mismo e ideación suicida, parece estrechamente relacionado con el trastorno de depresión mayor. Cuando el susto es el resultado de un acontecimiento traumático que jugó un papel fundamental en la conformación de los síntomas y en el procesamiento emocional de la experiencia, parece más apropiado el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. El susto caracterizado por varios síntomas somáticos recurrentes –para los que la persona ha buscado la asistencia sanitaria de varios médicos– se considera similar a un trastorno de síntomas somáticos.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: aparecen conceptos etiológicos y configuraciones de síntomas similares a nivel global. En la región andina, el susto se conoce como espanto.

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático, otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado o no especificado, trastorno de síntomas somáticos.

Taijin kyofusho

Taijin kyofusho ("trastorno de temor interpersonal" en japonés) es un síndrome cultural caracterizado por ansiedad relacionada con las situaciones interpersonales y su evitación, debido al pensamiento, el sentimiento o la convicción de que la propia apariencia y las acciones durante la interacción social son inadecuadas u ofensivas para los demás. En Estados Unidos, la variante conlleva tener un olor corporal desagradable, y se llama *síndrome de referencia olfativo*. Los individuos con *taijin kyofusho* tienden a centrarse en el impacto que sus síntomas y comportamientos tienen sobre los demás. Algunas variantes implican una preocupación excesiva por sonrojarse (eritrofobia), por tener un olor corporal desagradable (síndrome de referencia olfativo), una forma de mirar inadecuada (contacto ocular excesivo o insuficiente), una expresión facial rígida o embarazosa o movimientos corporales (p. ej., rigidez, temblor), o una deformidad del cuerpo.

Taijin kyofusho es un constructo más amplio que el trastorno de ansiedad social del DSM-5. Además de la ansiedad de ejecución, *taijin kyofusho* incluye dos formas relacionadas con la cultura: un "tipo sensible", con sensibilidad social extrema y ansiedad en relación a las relaciones interpersonales, y un "tipo ofensivo", en el que la mayor preocupación es ofender a los demás. Así pues, como categoría, el *taijin kyofusho* incluye síndromes con características del trastorno dismórfico corporal, así como del trastorno delirante. Las preocupaciones pueden tener una cualidad delirante, respondiendo el paciente escasamente cuando se le tranquiliza o confronta mediante ejemplos contrarios.

Los síntomas característicos del *taijin kyofusho* aparecen en los contextos culturales específicos y, hasta cierto punto, junto con la ansiedad social más grave en las diferentes culturas. Se encuentran síndromes similares en Corea y en otras sociedades que hacen un gran hincapié en la necesidad de cohibirse para mantener unos comportamientos que sean socialmente adecuados en las relaciones interpersonales jerárquicas. Se han descrito síntomas similares al *taijin kyofusho* en otros contextos culturales, incluyendo Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda.

Trastornos relacionados en otros contextos culturales: el taein kong po en Corea.

Trastornos relacionados en el DSM-5: trastorno de ansiedad social, trastorno dismórfico corporal, trastorno delirante, trastorno obsesivo-compulsivo, síndrome de referencia olfativo (un tipo de otro trastorno compulsivo-obsesivo y trastornos relacionados especificados). El síndrome de referencia olfativo está relacionado específicamente con la variante *jikoshu-kyofu* del *taijin kyofusho*, cuyo síntoma fundamental es la preocupación por tener un olor corporal desagradable. Esta presentación aparece en diferentes culturas fuera de Japón.



<= Ir al Índice

Índice alfabético de diagnósticos y códigos del DSM-5 (CIE-9-MC y CIE-10-MC)

Los códigos de la CIE-9-MC se pueden usar a efectos de codificación en Estados Unidos hasta el 30 de septiembre de 2014. Los códigos de la CIE-10-MC se utilizarán a partir del 1 de octubre de 2014.

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
		Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado
995.83	T74.21XA	Hallazgo inicial
995.83	T74.21XD	Hallazgo ulterior
		Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado
995.83	T76.21XA	Hallazgo inicial
995.83	T36.21XD	Hallazgo ulterior
		Abuso sexual infantil, confirmado
995.53	T74.22XA	Hallazgo inicial
995.53	T74.22XD	Hallazgo ulterior
		Abuso sexual infantil, sospechado
995.53	T76.22XA	Hallazgo inicial
995.53	T76.22XD	Hallazgo ulterior
333.99	G25.71	Acatisia aguda inducida por medicamentos
333.99	G25.71	Acatisia tardía
300.3	F42	Acumulación, trastorno de
		Adaptación, trastornos de
309.24	F43.22	Con ansiedad
309.0	F43.21	Con estado de ánimo deprimido
309.3	F43.24	Con alteración de la conducta
309.28	F43.23	Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido
309.4	F43.25	Con alteración mixta de las emociones y la conducta
309.9	F43.20	Sin especificar
300.22	F40.00	Agorafobia
		Alcohol

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
291.81		Abstinencia de
	F10.232	Con alteraciones de la percepción
	F10.239	Sin alteraciones de la percepción
291.89		Disfunción sexual inducida por
	F10.181	Con trastorno de consumo leve
	F10.281	Con trastorno de consumo moderado o grave
	F10.981	Sin trastorno de consumo
303.00		Intoxicación por
	F10.129	Con trastorno concomitante por consumo, leve
	F10.229	Con trastorno concomitante por consumo, moderado o grave
	F10.929	Sin trastorno concomitante por consumo
291.0	F10.231	Delirium por abstinencia de
291.0		Delirium por intoxicación por
	F10.121	Con trastorno por consumo, leve
	F10.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.921	Sin trastorno de consumo
291.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F10.180	Con trastorno por consumo, leve
	F10.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.980	Sin trastorno por consumo
291.89		Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por
	F10.14	Con trastorno por consumo, leve
	F10.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.94	Sin trastorno por consumo
291.82		Trastorno del sueño inducido por
	F10.182	Con trastorno por consumo, leve
	F10.282	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.982	Sin trastorno por consumo
291.89		Trastorno depresivo inducido por
	F10.14	Con trastorno por consumo, leve
	F10.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.94	Sin trastorno por consumo
291.89		Trastorno neurocognitivo leve
	F10.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.988	Sin trastorno por consumo
291.1		Trastorno neurocognitivo mayor, tipo amnésico confabulatorio
	F10.26	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.96	Sin trastorno por consumo
291.2		Trastorno neurocognitivo mayor, tipo no amnésico confabulatorio
	F10.27	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.97	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de alcohol
305.00	F10.10	Leve
303.90	F10.20	Moderado
303.90	F10.20	Grave

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
291.9		Trastorno psicótico inducido por
	F10.159	Con trastorno por consumo, leve
	F10.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F10.959	Sin trastorno por consumo
291.9	F10.99	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
V60.1	Z59.1	Alojamiento inadecuado
300.12	F44.0	Amnesia disociativa
300.13	F44.1	Amnesia disociativa con fuga disociativa
		Anfetaminas (u otros estimulantes)
292.0	F15.23	Abstinencia de
292.89		Disfunción sexual inducida por
	F15.181	Con trastorno por consumo, leve
	F15.281	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.981	Sin trastorno por consumo
292.89		Intoxicación por
		Intoxicación por, con alteraciones en la percepción
	F15.122	Con trastorno concomitante por consumo, leve
	F15.222	Con trastorno concomitante por consumo, moderado o grave
	F15.922	Sin trastorno concomitante por consumo
		Intoxicación por, sin alteraciones de la percepción
	F15.129	Con trastorno por consumo, leve
	F15.229	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.929	Sin trastorno por consumo
292.81		Delirium por intoxicación por
	F15.121	Con trastorno por consumo, leve
	F15.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.921	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por
	F15.14	Con trastorno por consumo, leve
	F15.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.94	Sin trastorno por consumo
	F15.921	Delirium inducido por
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F15.180	Con trastorno por consumo, leve
	F15.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.980	Sin trastorno por consumo
292.85		Trastorno del sueño inducido por
	F15.182	Con trastorno por consumo, leve
	F15.282	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.982	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno depresivo inducido por
	F15.14	Con trastorno por consumo, leve
	F15.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.94	Sin trastorno por consumo

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
292.89		Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por
	F15.188	Con trastorno por consumo, leve
	F15.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.988	Sin trastorno por consumo
292.9		Trastorno psicótico inducido por
	F15.159	Con trastorno por consumo, leve
	F15.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.959	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de anfetaminas
305.70	F15.10	Leve
304.40	F15.20	Moderado
304.40	F15.20	Grave
	F50.01	Tipo restrictivo
307.1		Anorexia nerviosa
	F50.02	Tipo con atracón/purgas
	F50.01	Tipo restrictivo
		Ansiedad
300.7	F45.21	Por enfermedad, trastorno de ansiedad
293.84	F06.4	Debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad
300.02	F41.1	Generalizada, trastorno de ansiedad
300.00	F41.9	No especificado, otro trastorno de ansiedad
309.21	F93.0	Por separación, trastorno de ansiedad
300.23	F40.10	Ansiedad social (fobia social), trastorno de
313.89	F94.1	Apego reactivo, trastorno de
		Apnea central del sueño
780.57	G47.37	Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos
327.21	G47.31	Apnea central del sueño idiopática
786.04	R06.3	Respiración de Cheyne-Stokes
327.23	G47.33	Apnea e hipopnea obstructiva del sueño
		Aprendizaje, trastorno específico del
315.2	F81.81	Con dificultad en la expresión escrita
315.00	F81.0	Con dificultades en la lectura
315.1	F81.2	Con dificultad matemática
307.51	F50.8	Atracones, trastorno de
293.83		Bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, trastorno
	F06.33	Con características maníacas
	F06.34	Con características mixtas
	F06.33	Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco
		Bipolar I, trastorno. Episodio depresivo actual o más reciente
292.55	F31.75	En remisión parcial
292.56	F31.76	En remisión total
296.53	F31.4	Grave
296.54	F31.5	Con características psicóticas
296.51	F31.31	Leve

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
296.52	F31.32	Moderado
296.50	F31.9	No especificado
296.40	F31.0	Bipolar I, trastorno. Episodio hipomaníaco actual o más reciente
296.45	F31.71	En remisión parcial
296.46	F31.72	En remisión total
296.40	F31.9	No especificado
		Bipolar I, trastorno. Episodio maníaco actual o más reciente
296.45	F31.73	En remisión parcial
296.46	F31.74	En remisión total
296.43	F31.13	Grave
292.44	F31.2	Con características psicóticas
296.41	F31.11	Leve
296.42	F31.12	Moderado
296.40	F31.9	No especificado
296.7	F31.9	Bipolar I, trastorno. Episodio no especificado actual o más reciente
296.89	F31.81	Bipolar II, trastorno
296.80	F31.9	Bipolar sin especificar y trastorno relacionado, trastorno
V62.4	Z60.5	Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución
307.51	F50.2	Bulimia nerviosa
		Cafeína
292.0	F15.93	Abstinencia de cafeína
305.90	F15.929	Intoxicación por
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F15.180	Con trastorno por consumo, leve
	F15.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.980	Sin trastorno por consumo
292.85		Trastorno del sueño inducido por
	F15.182	Con trastorno por consumo, leve
	F15.282	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F15.982	Sin trastorno por consumo
292.9	F15.99	Trastorno relacionado con la cafeína no especificado
310.1	F07.0	Cambio de la personalidad debido a otra afección médica
		Cannabis
292.0	F12.288	Abstinencia de
292.89		Intoxicación por
		intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción
	F12.122	Con trastorno concomitante leve por consumo de
	F12.222	Con trastorno concomitante moderado o grave por consumo de
	F12.922	Sin trastorno concomitante por consumo de
		intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción
	F12.129	Con trastorno concomitante leve por consumo de
	F12.229	Con trastorno concomitante moderado o grave por consumo de
	F12.929	Sin trastorno concomitante por consumo de

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
292.81		Delirium por intoxicación por
	F12.121	Con trastorno por consumo, leve
	F12.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F12.921	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F12.180	Con trastorno por consumo, leve
	F12.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F12.980	Sin trastorno por consumo
292.85		Trastorno del sueño inducido por
	F12.188	Con trastorno por consumo, leve
	F12.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F12.988	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de
305.20	F12.10	Leve
304.30	F12.20	Moderado
304.30	F12.20	Grave
292.9		Trastorno psicótico inducido por
	F12.159	Con trastorno por consumo, leve
	F12.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F12.959	Sin trastorno por consumo
292.9	F12.99	Trastorno relacionado con el cannabis no especificado
293.89	F06.1	Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)
293.89	F06.1	Catatonia no especificada (*codificar en primer lugar* 781.99 (R29.818) otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético)
293.89	F06.1	Catatónico, trastorno debido a otra afección médica
301.13	F34.0	Ciclotímico, trastorno
312.32	F63.2	Cleptomanía
		Cocaína
292.0	F14.23	Abstinencia de
292.89		Disfunción sexual inducida por
	F14.181	Con trastorno por consumo, leve
	F14.281	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F14.981	Sin trastorno por consumo
292.89		Intoxicación por
		Intoxicación por, con alteraciones de la percepción
	F14.122	Con trastorno concomitante leve por consumo de
	F14.222	Con trastorno concomitante moderado o grave por consumo de
	F14.922	Sin trastorno concomitante por consumo
		Intoxicación por, sin alteraciones en la percepción
	F14.129	Con trastorno concomitante leve por consumo de
	F14.229	Con trastorno concomitante moderado o grave por consumo de
	F14.929	Sin trastorno concomitante por consumo de

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
		Estimulantes
		Abstinencia de *(véase abstinencia de anfetaminas o cocaína para códigos específicos)*
		Intoxicación por *(véase abstinencia de anfetaminas o cocaína para códigos específicos)*
		Trastorno por consumo de *(véase abstinencia de anfetaminas o cocaína para códigos específicos)*
292.9		Estimulantes, trastorno relacionado, no especificado
	F15.99	Trastorno relacionado con la anfetamina u otros estimulantes no especificado
	F14.99	Trastorno relacionado con la cocaína no especificado
308.3	F43.0	Estrés agudo, trastorno de
309.81	F43.10	Estrés postraumático, trastorno de
307.59	F50.8	Evitación/restricción de la ingesta de alimentos, trastorno de
V62.5	Z65.2	Excarcelación, problema relacionado con la
V62.4	Z60.4	Exclusión o rechazo social
698.4	L98.1	Excoriación (rascarse la piel), trastorno de
		Excreción no especificado, trastorno de
787.60	R15.9	Con síntomas fecales
788.30	R32	Con síntomas urinarios
302.4	F65.2	Exhibicionismo, trastorno de
312.34	F63.81	Explosivo intermitente, trastorno
V62.22	Z65.5	Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades
302.75	F52.4	Eyaculación prematura (precoz)
302.74	F52.32	Eyaculación retardada
300.19	F68.10	Facticio, trastorno
316	F54	Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
V60.2	Z59.4	Falta de alimentos adecuados o de agua potable
V62.89	Z60.0	Fase de la vida, problema de
		Fenciclidina
292.89		Intoxicación por
	F16.129	Con trastorno concomitante por consumo, leve
	F16.229	Con trastorno concomitante por consumo, moderado o grave
	F16.929	Sin trastorno concomitante por consumo
292.81		Delirium por intoxicación por
	F16.121	Con trastorno por consumo, leve
	F16.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.921	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por
	F16.14	Con trastorno por consumo, leve
	F16.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F16.180	Con trastorno por consumo, leve
	F16.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.980	Sin trastorno por consumo

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
292.84		Trastorno depresivo inducido por
	F16.14	Con trastorno por consumo, leve
	F16.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.94	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de
304.60	F16.20	Grave
305.90	F16.10	Leve
304.60	F16.20	Moderado
292.9		Trastorno psicótico inducido por
	F16.159	Con trastorno por consumo, leve
	F16.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.959	Sin trastorno por consumo
292.9	F16.99	Trastorno relacionado con, no especificado
302.81	F65.0	Fetichismo, trastorno de
307.0	F98.5	Fluidez, de inicio en la edad adulta, trastorno de la
315.35	F80.81	Fluidez, de inicio en la infancia (tartamudeo), trastorno de la
		Fobia específica
300.29	F40.218	Animal
	F40.228	Entorno natural
300.29		Sangre-inyección-herida
	F40.231	Miedo a las inyecciones y transfusiones
	F40.230	Miedo a la sangre
	F40.232	Miedo a otra atención médica
	F40.233	Miedo a una lesión
300.29	F40.298	Otra
300.29	F40.248	Situacional
315.39	F80.0	Fonológico, trastorno
302.89	F65.81	Frotteurismo, trastorno de
V62.89	R41.83	Funcionamiento intelectual límite
780.54	G47.10	Hipersomnia no especificado, trastorno de
780.54	F51.11	Hipersomnia, trastorno de
		Hipoventilación relacionada con el sueño
327.25	G47.35	Hipoventilación alveolar central congénita
327.26	G47.36	Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño
327.24	G47.34	Hipoventilación idiopática
V15.59	Z91.5	Historia personal de autolesión
V62.22	Z91.82	Historia personal de despliegue militar
300.14	F44.81	Identidad disociativo, trastorno de
V15.81	Z91.19	Incumplimiento del tratamiento médico
V60.2	Z59.6	Ingresos bajos
		Inhalantes
292.89		Intoxicación por
	F18.129	Con trastorno concomitante leve por consumo
	F18.229	Con trastorno concomitante moderado o grave por consumo moderado o grave

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
	F18.929	Sin trastorno concomitante por consumo
292.81		Delirium por intoxicación por
	F18.121	Con trastorno por consumo, leve
	F18.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F18.921	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F18.180	Con trastorno por consumo, leve
	F18.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F18.980	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno depresivo inducido por
	F18.14	Con trastorno por consumo, leve
	F18.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F18.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno neurocognitivo leve inducido por
	F18.188	Con trastorno por consumo, leve
	F18.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F18.988	Sin trastorno por consumo
292.82		Trastorno neurocognitivo mayor inducido por
	F18.17	Con trastorno por consumo, leve
	F18.27	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F18.97	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de
305.90	F18.10	Leve
304.60	F18.20	Moderado
304.60	F18.20	Grave
292.9		Trastorno psicótico inducido por
	F18.159	Con trastorno por consumo, leve
	F18.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F18.959	Sin trastorno por consumo
307.42	F51.01	Insomnio, trastorno de
780.52	G47.00	Insomnio no especificado, trastorno de
		Intelectual, discapacidad (trastorno del desarrollo intelectual)
317	F70	Leve
318.0	F71	Moderado
318.1	F72	Grave
318.2	F73	Profundo
302.72	F52.22	Interés/excitación sexual femenino, trastorno
312.31	F63.0	Juego patológico
315.32	F80.2	Lenguaje, trastornos del
		Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado
995.81	T74.11XA	Hallazgo inicial
995.81	T74.11XD	Hallazgo ulterior

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
294.11	F02.81	Con alteración del comportamiento
294.10	F02.80	Sin alteración del comportamiento
		Debido a la enfermedad de Huntington (*codificar en primer lugar* 333.4 [G10] enfermedad de Huntington)
294.11	F02.81	Con alteración del comportamiento
294.10	F02.80	Sin alteración del comportamiento
		Debido a la enfermedad de Parkinson, posible (*codificar en primer lugar* 332.0 [G20] enfermedad de Parkinson
		Debido a la enfermedad de Parkinson, probable (*codificar en primer lugar* 332.0 [G20] enfermedad de Parkinson)
294.11	F02.81	Con alteración del comportamiento
294.10	F02.80	Sin alteración del comportamiento
		Debido a la enfermedad por cuerpos de Lewy, posible (*codificar en primer lugar* 331.82 [G31.83] enfermedad con cuerpos de Lewy)
		Debido a la enfermedad por cuerpos de Lewy, probable (*codificar en primer lugar* 331.82 [G31.83] enfermedad por cuerpos de Lewy)
294.11	F02.81	Con alteración del comportamiento
294.10	F02.80	Sin alteración del comportamiento
		Debido a un traumatismo cerebral (*codificar en primer lugar* 907.0 efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo [S06.2X9S traumatismo cerebral difuso con pérdida de consciencia de duración sin especificar, secuela]
294.11	F02.81	Con alteración del comportamiento
294.10	F02.80	Sin alteración del comportamiento
		Vascular mayor, posible
		Vascular mayor, probable
290.40	F01.51	Con alteración del comportamiento
290.40	F01.50	Sin alteración del comportamiento
799.59	R41.9	Neurocognitivo no especificado, trastorno
333.92	G21.0	Neuroléptico maligno, síndrome
V61.29	Z62.898	Niño afectado por relación parental conflictiva
V61.8	Z63.8	Nivel elevado de emoción expresada en la familia
V63.9	Z75.3	No disponibilidad o acceso a centros de asistencia sanitaria
V63.8	Z75.4	No disponibilidad o acceso a otros centros de ayuda
300.3	F42	Obsesivo-compulsivo, trastorno
300.3	F42	Obsesivo-compulsivo no especificado, trastorno
294.8	F06.8	Obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica, trastorno
		Opiáceos
292.0	F11.23	Abstinencia de
292.89		Disfunción sexual inducida por
	F11.181	Con trastorno por consumo, leve
	F11.281	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F11.981	Sin trastorno por consumo
292.89		Intoxicación por
		Intoxicación por, con alteraciones de la percepción

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
	F19.921	Delirium inducido por
292.0	F19.231	Delirium por abstinencia de
292.81		Delirium por intoxicación por
	F19.121	Con trastorno por consumo, leve
	F19.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.921	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por
	F19.14	Con trastorno por consumo, leve
	F19.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F19.180	Con trastorno por consumo, leve
	F19.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.980	Sin trastorno por consumo
292.85		Trastorno del sueño inducido por
	F19.182	Con trastorno por consumo, leve
	F19.282	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.982	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno depresivo inducido por
	F19.14	Con trastorno por consumo, leve
	F19.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno neurocognitivo leve
	F19.188	Con trastorno por consumo, leve
	F19.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.988	Sin trastorno por consumo
292.82		Trastorno neurocognitivo mayor inducido por
	F19.17	Con trastorno por consumo, leve
	F19.27	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.97	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por
	F19.188	Con trastorno por consumo, leve
	F19.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.988	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de
305.90	F19.10	Leve
304.90	F19.20	Moderado
304.90	F19.20	Grave
292.9		Trastorno psicótico inducido por
	F19.159	Con trastorno por consumo, leve
	F19.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F19.959	Sin trastorno por consumo
292.9	F19.99	Trastorno relacionado con, no especificado
V62.5	Z65.3	Otras circunstancias legales, problema relacionado con
		Otras circunstancias relacionadas con el abuso sexual infantil

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
V15.41	Z62.810	Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil
V62.83	Z69.021	Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil no parental
V61.22	Z69.011	Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil parental
V61.21	Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil no parental
V61.21	Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres
		Otras circunstancias relacionadas con el maltrato físico infantil
V15.41	Z62.810	Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil
V62.83	Z69.021	Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil no parental
V61.22	Z69.011	Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil parental
V61.21	Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil no parental
V61.21	Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres
		Otras circunstancias relacionadas con el maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja
V62.83	Z69.82	Visita de salud mental para el autor de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge
V65.49	Z69.81	Visita de salud mental para la víctima de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge
		Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico infantil
V15.42	Z62.811	Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil
V62.83	Z69.021	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil no parental
V61.22	Z69.011	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil parental
V61.21	Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil no parental
V61.21	Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil por parte de los padres
		Otras circunstancias relacionadas con el maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
V15.42	Z91.411	Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
V61.12	Z69.12	Visita de salud mental para el autor del abuso psicológico hacia el cónyuge o la pareja
V61.11	Z69.11	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
		Otras circunstancias relacionadas con la negligencia infantil
V15.42	Z62.812	Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil
V62.83	Z69.021	Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental
V61.22	Z69.011	Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil parental
V61.21	Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental
V61.21	Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental
		Otras circunstancias relacionadas con la negligencia por parte del cónyuge o la pareja
V15.42	Z91.412	Historia personal (antecedentes) de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
V61.12	Z69.12	Visita de salud mental para el autor de negligencia hacia el cónyuge o la pareja
V61.11	Z69.11	Visita de salud mental para la víctima de negligencia por parte del cónyuge o la pareja
		Otras circunstancias relacionadas con la violencia física por parte del cónyuge o la pareja
V15.41	Z91.410	Historia personal (antecedentes) de violencia física por parte del cónyuge o la pareja
V61.12	Z69.12	Visita de salud mental para el autor de violencia física hacia el cónyuge o la pareja
V61.11	Z69.11	Visita de salud mental para la víctima de violencia física por parte del cónyuge o la pareja
		Otras circunstancias relacionadas con la violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
V15.41	Z91.410	Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
V61.12	Z69.12	Visita de salud mental para el autor de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
V61.11	Z69.81	Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
		Otro alucinógeno
292.89		Intoxicación por
	F16.129	Con trastorno concomitante leve por consumo
	F16.229	Con trastorno concomitante moderado o grave por consumo
	F16.929	Sin trastorno concomitante por consumo
292.84		Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducido por
	F16.14	Con trastorno por consumo, leve
	F16.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F16.180	Con trastorno por consumo, leve
	F16.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.980	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno depresivo inducido por
	F16.14	Con trastorno por consumo, leve
	F16.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.94	Sin trastorno por consumo
		Trastorno por consumo de
305.30	F16.10	Leve
304.50	F16.20	Moderado
304.50	F16.20	Grave
292.9		Trastorno psicótico inducido por
	F16.159	Con trastorno por consumo, leve
	F16.259	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.959	Sin trastorno por consumo

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
292.81		Delirium por intoxicación por
	F16.121	Con trastorno por consumo, leve
	F16.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F16.921	Sin trastorno por consumo
V65.40	Z71.9	Otro asesoramiento o consulta
		Otro efecto adverso de medicamentos
995.20	T50.905A	Hallazgo inicial
995.20	T50.905D	Hallazgo ulterior
995.20	T50.905S	Secuelas
V62.89	Z65.8	Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales
V62.29	Z56.9	Otro problema relacionado con el empleo
780.09	F41.0	Otro delirium especificado
296.89	F31.89	Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado
300.09	F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado
		Otro trastorno de consumo de otro estimulante o un estimulante no especificado
305.70	F15.10	Leve
304.40	F15.20	Moderado
304.40	F15.20	Grave
780.54	G47.19	Otro trastorno de hipersomnia
307.20	F95.8	Otro trastorno de tics especificado
307.59	F50.8	Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado
		Otro trastorno de la excreción especificado
787.60	R15.9	Con síntomas fecales
788.39	N39.498	Con síntomas urinarios
301.89	F60.89	Otro trastorno de la personalidad especificado
315.8	F88	Otro trastorno del neurodesarrollo especificado
298.8	F28	Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
780.59	G47.8	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
311	F32.8	Otro trastorno depresivo especificado
300.15	F44.89	Otro trastorno disociativo especificado
312.89	F91.8	Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
300.9	F99	Otro trastorno mental especificado
294.8	F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
333.99	G25.79	Otro trastorno motor inducido por medicamentos
300.3	F42	Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificado
302.89	F65.89	Otro trastorno parafílico especificado
314.01	F90.8	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
309.89	F43.8	Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado
V15.89	Z91.89	Otros factores de riesgo personal
300.01	F41.0	Pánico, trastorno
302.9	F65.9	Parafílico no especificado, trastorno

CIE-9-MC	CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
307.53	F98.21	Rumiación, trastorno de
V61.03	Z63.5	Ruptura familiar por separación o divorcio
302.84	F65.52	Sadismo sexual, trastorno de
		Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.0		Abstinencia de
	F13.232	Con trastornos en la percepción
	F13.239	Sin trastornos en la percepción
292.89		Disfunción sexual inducida por
	F13.181	Con trastorno por consumo, leve
	F13.281	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.981	Sin trastorno por consumo
292.89		Intoxicación por
	F13.129	Con trastorno concomintante leve por consumo
	F13.229	Con trastorno concomintante moderado o grave por consumo
	F13.929	Sin trastorno concomintante por consumo
	F13.921	Delirium inducido por
292.0	F13.231	Delirium por abstinencia de
292.81		Delirium por intoxicación por
	F13.121	Con trastorno por consumo, leve
	F13.221	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.921	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por
	F13.14	Con trastorno por consumo, leve
	F13.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno de ansiedad inducido por
	F13.180	Con trastorno por consumo, leve
	F13.280	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.980	Sin trastorno por consumo
292.85		Trastorno del sueño inducido por
	F13.182	Con trastorno por consumo, leve
	F13.282	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.982	Sin trastorno por consumo
292.84		Trastorno depresivo inducido por
	F13.14	Con trastorno por consumo, leve
	F13.24	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.94	Sin trastorno por consumo
292.89		Trastorno neurocognitivo leve inducido por
	F13.288	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.988	Sin trastorno por consumo
292.82		Trastorno neurocognitivo mayor inducido por
	F13.27	Con trastorno por consumo, moderado o grave
	F13.97	Sin trastorno por consumo

<= Ir al Índice

Índice numérico de diagnósticos y códigos del DSM-5 (CIE-9-MC)

Los códigos CIE-9-MC han de usarse a efectos de codificación en Estados Unidos hasta el 30 de septiembre de 2014.

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
278.00	Sobrepeso u obesidad
290.40	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
290.40	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
290.40	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
290.40	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
291.0	Delirium por abstinencia de alcohol
291.0	Delirium por intoxicación con alcohol
291.1	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo amnésico confabulatorio
291.2	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo no amnésico confabulatorio
291.81	Abstinencia de alcohol
291.82	Trastorno del sueño inducido por el alcohol
291.89	Disfunción sexual inducida por el alcohol
291.89	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por el alcohol
291.89	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
291.89	Trastorno depresivo inducido por el alcohol
291.89	Trastorno neurocognitivo leve inducido por el alcohol
291.9	Trastorno psicótico inducido por el alcohol
291.9	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
292.0	Abstinencia de anfetaminas o de otros estimulantes
292.0	Abstinencia de cafeína
292.0	Abstinencia de cannabis
292.0	Abstinencia de cocaína
292.0	Abstinencia de opiáceos
292.0	Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.0	Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.0	Abstinencia de tabaco
292.0	Delirium por abstinencia de opiáceos
292.0	Delirium por abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.0	Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.81	Delirium inducido por medicamentos
292.81	Delirium por intoxicación con anfetaminas (u otro estimulante)
292.81	Delirium por intoxicación con cannabis
292.81	Delirium por intoxicación con cocaína

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
292.81	Delirium por intoxicación con fenciclidina
292.81	Delirium por intoxicación con inhalantes
292.81	Delirium por intoxicación con opiáceos
292.81	Delirium por intoxicación con otros alucinógenos
292.81	Delirium por intoxicación con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.81	Delirium por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.82	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes
292.82	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.82	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.84	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por anfetaminas (u otro estimulante)
292.84	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por cocaína
292.84	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por fenciclidina
292.84	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.84	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.84	Trastorno bipolar y trastornos relacionados inducidos por otros alucinógenos
292.84	Trastorno depresivo inducido por anfetaminas (u otro estimulante)
292.84	Trastorno depresivo inducido por cocaína
292.84	Trastorno depresivo inducido por inhalantes
292.84	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina
292.84	Trastorno depresivo inducido por opiáceos
292.84	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.84	Trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos
292.84	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.85	Trastorno del sueño inducido por anfetaminas (u otro estimulante)
292.85	Trastorno del sueño inducido por cafeína
292.85	Trastorno del sueño inducido por cannabis
292.85	Trastorno del sueño inducido por cocaína
292.85	Trastorno del sueño inducido por opiáceos
292.85	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.85	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.85	Trastorno del sueño inducido por tabaco
292.89	Disfunción sexual inducida por anfetaminas (u otro estimulante)
292.89	Disfunción sexual inducida por cocaína
292.89	Disfunción sexual inducida por opiáceos
292.89	Disfunción sexual inducida por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.89	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.89	Intoxicación por anfetaminas u otro estimulante
292.89	Intoxicación por cannabis
292.89	Intoxicación por cocaína
292.89	Intoxicación por fenciclidina
292.89	Intoxicación por inhalantes
292.89	Intoxicación por opiáceos
292.89	Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.89	Intoxicación por otros alucinógenos
292.89	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por anfetaminas (u otro estimulante)

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por opiáceos
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos
292.89	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.89	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes
292.89	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.89	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.89	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.89	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por anfetaminas (u otro estimulante)
292.89	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por cocaína
292.89	Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
292.9	Trastorno psicótico inducido por anfetaminas (u otro estimulante)
292.9	Trastorno psicótico inducido por cannabis
292.9	Trastorno psicótico inducido por cocaína
292.9	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina
292.9	Trastorno psicótico inducido por inhalantes
292.9	Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas)
292.9	Trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos
292.9	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
292.9	Trastorno relacionado con el cannabis no especificado
292.9	Trastorno relacionado con el tabaco no especificado
292.9	Trastorno relacionado con la cafeína no especificado
292.9	Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado
292.9	Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado
292.9	Trastorno relacionado con los estimulantes no especificado
292.9	Trastorno relacionado con los inhalantes no especificado
292.9	Trastorno relacionado con los opiáceos no especificado
292.9	Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado
292.9	Trastorno relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado
293.0	Delirium debido a etiologías múltiples
293.0	Delirium debido a otra afección médica
293.81	Trastorno psicótico debido a otra afección médica, con delirios
293.82	Trastorno psicótico debido a otra afección médica, con alucinaciones
293.83	Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica
293.83	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
293.84	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
293.89	Catatonia asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonia)
293.89	Catatonia no especificada (*codificar en primer lugar* 781.99 otros síntomas que afectan a los sistemas nervioso y musculoesquelético).

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
293.89	Trastorno catatónico debido a otra afección médica
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 333.4 enfermedad de Huntington)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad por priones, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 046.79 enfermedad por priones)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, sin alteración del comportamiento
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 042 infección por VIH).
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 907.0 efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy posible, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.82 enfermedad con cuerpos de Lewy)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.82 enfermedad con cuerpos de Lewy)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer posible, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.0 enfermedad de Alzheimer)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.0 enfermedad de Alzheimer)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal posible, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.19 enfermedad frontotemporal)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal probable, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.19 enfermedad frontotemporal)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 332.0 enfermedad de Parkinson)
294.10	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 332.0 enfermedad de Parkinson)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal posible, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.19 enfermedad frontotemporal)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal probable, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.19 enfermedad frontotemporal)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 042 infección por VIH)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 333.4 enfermedad de Huntington)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad por priones, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 046.79 enfermedad por priones)

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar 907.0 efecto tardío de una lesión intracraneal sin fractura de cráneo)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy posible, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.82 enfermedad con cuerpos de Lewy)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy probable, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar 331.82 enfermedad con cuerpos de Lewy)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer posible, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.0 enfermedad de Alzheimer)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer probable, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar 331.0 enfermedad de Alzheimer)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 332.0 enfermedad de Parkinson)
294.11	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar 332.0 enfermedad de Parkinson)
294.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
294.8	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debidos a otra afección médica
294.9	Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica
295.40	Trastorno esquizofreniforme
295.70	Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar
295.70	Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
295.90	Esquizofrenia
296.20	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
296.21	Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve
296.22	Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
296.23	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave
296.24	Trastorno depresivo mayor, episodio único, con características psicóticas
296.25	Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión parcial
296.26	Trastorno depresivo mayor, episodio único, en remisión total
296.30	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, no especificado
296.31	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, leve
296.32	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, moderado
296.33	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, grave
296.34	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, con características psicóticas
296.35	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, en remisión parcial
296.36	Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, en remisión total
296.40	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
296.40	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, no especificado
296.40	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, no especificado
296.41	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, leve
296.42	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, moderado
296.43	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, grave
296.44	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, con características psicóticas

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
296.45	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, en remisión parcial
296.45	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión parcial
296.46	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, en remisión total
296.46	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión total
296.50	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, no especificado
296.51	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, leve
296.52	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, moderado
296.53	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, grave
296.54	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, con características psicóticas
296.55	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, en remisión parcial
296.56	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, en remisión total
296.7	Trastorno bipolar I, episodio no especificado actual o más reciente
296.80	Trastorno bipolar sin especificar y trastorno relacionado
296.89	Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificados
296.89	Trastorno bipolar II
296.99	Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo
297.1	Trastorno delirante
298.8	Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
298.8	Trastorno psicótico breve
298.9	Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico
299.00	Trastorno del espectro autista
300.00	Otro trastorno de ansiedad no especificado
300.01	Trastorno de pánico
300.02	Trastorno de ansiedad generalizada
300.09	Otro trastorno de ansiedad especificado
300.11	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)
300.12	Amnesia disociativa
300.13	Amnesia disociativa, con fuga disociativa
300.14	Trastorno de identidad disociativo
300.15	Otro trastorno disociativo especificado
300.15	Trastorno disociativo no especificado
300.19	Trastorno facticio
300.22	Agorafobia
300.23	Trastorno de ansiedad social (fobia social)
300.29	Fobia específica, animal
300.29	Fobia específica, entorno natural
300.29	Fobia específica, otra
300.29	Fobia específica, sangre-inyección-lesión
300.29	Fobia específica, situacional
300.3	Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados
300.3	Trastorno de acumulación
300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo
300.3	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados
300.4	Trastorno depresivo persistente (distimia)
300.6	Trastorno de despersonalización/desrealización
300.7	Trastorno de ansiedad por enfermedad
300.7	Trastorno dismórfico corporal

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
300.82	Trastorno de síntomas somáticos
300.82	Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificado
300.89	Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados
300.9	Otro trastorno mental especificado
300.9	Trastorno mental no especificado
301.0	Trastorno de la personalidad paranoide
301.13	Trastorno ciclotímico
301.20	Trastorno de la personalidad esquizoide
301.22	Trastorno de la personalidad esquizotípica
301.4	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva
301.50	Trastorno de la personalidad histriónica
301.6	Trastorno de la personalidad dependiente
301.7	Trastorno de la personalidad antisocial
301.81	Trastorno de la personalidad narcisista
301.82	Trastorno de la personalidad evitativa
301.83	Trastorno de la personalidad límite
301.89	Otro trastorno de la personalidad especificado
301.9	Trastorno de la personalidad no especificado
302.2	Trastorno de pedofilia
302.3	Trastorno de travestismo
302.4	Trastorno de exhibicionismo
302.6	Disforia de género en niños
302.6	Disforia de género no especificada
302.6	Otra disforia de género especificada
302.70	Disfunción sexual no especificada
302.71	Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
302.72	Trastorno del interés/excitación sexual femenino
302.72	Trastorno eréctil
302.73	Trastorno orgásmico femenino
302.74	Eyaculación retardada
302.75	Eyaculación prematura (precoz)
302.76	Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración
302.79	Otra disfunción sexual especificada
302.81	Trastorno de fetichismo
302.82	Trastorno de voyeurismo
302.83	Trastorno de masoquismo sexual
302.84	Trastorno de sadismo sexual
302.85	Disforia de género en adolescentes y adultos
302.89	Otro trastorno parafílico especificado
302.89	Trastorno de frotteurismo
302.9	Trastorno parafílico no especificado
303.00	Intoxicación por alcohol
303.90	Trastorno por consumo de alcohol, grave
303.90	Trastorno por consumo de alcohol, moderado
304.00	Trastorno por consumo de opiáceos, grave
304.00	Trastorno por consumo de opiáceos, moderado
304.10	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
304.10	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado
304.20	Trastorno por consumo de cocaína, grave
304.20	Trastorno por consumo de cocaína, moderado
304.30	Trastorno por consumo de cannabis, grave
304.30	Trastorno por consumo de cannabis, moderado
304.40	Trastorno por consumo de sustancias anfetamínicas, grave
304.40	Trastorno por consumo de sustancias anfetamínicas, moderado
304.40	Trastorno por uso de otro estimulante o un estimulante no especificado, grave
304.40	Trastorno por uso de otro estimulante o un estimulante no especificado, moderado
304.50	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave
304.50	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado
304.60	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado
304.60	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave
304.60	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado
304.60	Trastorno por consumo de inhalantes, grave
304.90	Trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida), grave
304.90	Trastorno por consumo de otra sustancia (o sustancia desconocida), moderado
305.00	Trastorno por consumo de alcohol, leve
305.1	Trastorno por consumo de tabaco, grave
305.1	Trastorno por consumo de tabaco, leve
305.1	Trastorno por consumo de tabaco, moderado
305.20	Trastorno por consumo de cannabis, leve
305.30	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve
305.40	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve
305.50	Trastorno por consumo de opiáceos, leve
305.60	Trastorno por consumo de cocaína, leve
305.70	Trastorno por consumo de otro estimulante o un estimulante no especificado, leve
305.70	Trastorno por consumo de sustancias anfetamínicas, leve
305.90	Intoxicación por cafeína
305.90	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve
305.90	Trastorno por consumo de inhalantes, leve
305.90	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancia desconocida), leve
307.0	Trastorno de la fluidez de inicio en el adulto
307.1	Anorexia nerviosa
307.20	Otro trastorno de tics especificado
307.20	Trastorno de tics no especificado
307.21	Trastorno de tic transitorio
307.22	Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)
307.23	Trastorno de la Tourette
307.3	Trastorno de movimientos estereotipados
307.42	Trastorno de insomnio
307.44	Trastorno de hipersomnia
307.45	Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo asociado a turnos laborales
307.45	Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de fases de sueño avanzadas
307.45	Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de fases de sueño retrasadas
307.45	Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de sueño-vigilia irregular
307.45	Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 horas

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
307.45	Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo no especificado
307.46	Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo
307.46	Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos
307.47	Trastorno de pesadillas
307.50	Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos no especificado
307.51	Bulimia nerviosa
307.51	Trastorno de atracones
307.52	Pica
307.53	Trastorno de rumiación
307.59	Otro trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos especificado
307.59	Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
307.6	Enuresis
307.7	Encopresis
307.9	Trastorno de la comunicación no especificado
308.3	Trastorno de estrés agudo
309.0	Trastornos de adaptación, con estado de ánimo deprimido
309.21	Trastorno de ansiedad por separación
309.24	Trastornos de adaptación, con ansiedad
309.28	Trastornos de adaptación, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido
309.3	Trastornos de adaptación, con alteración de la conducta
309.4	Trastornos de adaptación, con alteración mixta de las emociones y la conducta
309.81	Trastorno de estrés postraumático
309.89	Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado
309.9	Otro trastorno relacionado con trauma y factores de estrés no especificado
309.9	Trastornos de adaptación, sin especificar
310.1	Cambio de la personalidad debido a otra afección medica
311	Otro trastorno depresivo especificado
311	Otro trastorno depresivo no especificado
312.31	Juego patológico
312.32	Cleptomanía
312.33	Piromanía
312.34	Trastorno explosivo intermitente
312.39	Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo)
312.81	Trastorno de conducta, tipo de inicio infantil
312.82	Trastorno de conducta, tipo de inicio adolescente
312.89	Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado
312.89	Trastorno de conducta, tipo de inicio no especificado
312.9	Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado
313.23	Mutismo selectivo
313.81	Trastorno negativista desafiante
313.89	Trastorno de apego reactivo
313.89	Trastorno de relación social desinhibida
314.00	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominante con falta de atención
314.01	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
314.01	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
314.01	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación combinada
314.01	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominante hiperactiva/impulsiva
315.00	Trastorno específico del aprendizaje, con dificultad en la lectura
315.1	Trastorno específico del aprendizaje, con dificultad matemática
315.2	Trastorno específico del aprendizaje, con dificultad en la expresión escrita
315.32	Trastorno del lenguaje
315.35	Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)
315.39	Trastorno de la comunicación social (pragmático)
315.39	Trastorno fonológico
315.4	Trastorno del desarrollo de la coordinación
315.8	Otro trastorno del neurodesarrollo especificado
315.8	Retraso global del desarrollo
315.9	Trastorno del neurodesarrollo no especificado
316	Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
317	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), leve
318.0	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), moderado
318.1	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), grave
318.2	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), profundo
319	Discapacidad intelectual no especificada (trastorno del desarrollo intelectual)
327.21	Apnea central del sueño, apnea central del sueño idiopática
327.23	Apnea e hipopnea obstructiva del sueño
327.24	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación idiopática
327.25	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación alveolar central congénita
327.26	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación concurrente relacionada con el sueño
327.42	Trastorno del comportamiento del sueño REM
331.83	Trastorno neurocognitivo frontotemporal leve
331.83	Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad Huntington
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad por priones
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a la infección por el VIH
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica
331.83	Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral
331.83	Trastorno neurocognitivo vascular leve
332.1	Parkinsonismo inducido por neurolépticos
332.1	Parkinsonismo inducido por otros medicamentos
333.1	Temblor postural inducido por medicamentos
333.72	Distonía aguda inducida por medicamentos
333.72	Distonía tardía
333.85	Discinesia tardía
333.92	Síndrome neuroléptico maligno
333.94	Síndrome de las piernas inquietas
333.99	Acatisia aguda inducida por medicamentos

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
333.99	Acatisia tardía
333.99	Otro trastorno motor inducido por medicamentos
347.00	Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia
347.00	Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes de tipo 2
347.00	Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina
347.01	Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina
347.10	Narcolepsia secundaria a otra afección médica
625.4	Trastorno disfórico premenstrual
698.4	Trastorno de excoriación (rascarse la piel)
780.09	Otro delirium especificado
780.09	Delirium no especificado
780.52	Otro trastorno de insomnio especificado
780.52	Trastorno de insomnio no especificado
780.54	Otro trastorno de hipersomnia especificado
780.54	Trastorno de hipersomnia no especificado
780.57	Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos
780.59	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
780.59	Trastorno del sueño-vigilia no especificado
786.04	Apnea central del sueño, respiración de Cheyne-Stokes
787.60	Otro trastorno de la excreción especificado, con síntomas fecales
787.60	Trastorno de la excreción no especificado, con síntomas fecales
788.30	Trastorno de la excreción no especificado, con síntomas urinarios
788.39	Otro trastorno de la excreción especificado, con síntomas urinarios
799.59	Trastorno neurocognitivo no especificado
995.20	Otro efecto adverso de medicamentos, hallazgo inicial
995.20	Otro efecto adverso de medicamentos, hallazgo ulterior
995.20	Otro efecto adverso de medicamentos, secuelas
995.29	Síndrome de suspensión de los antidepresivos, hallazgo inicial
995.29	Síndrome de suspensión de los antidepresivos, hallazgo ulterior
995.29	Síndrome de suspensión de los antidepresivos, secuelas
995.51	Maltrato psicológico infantil, confirmado, hallazgo inicial
995.51	Maltrato psicológico infantil, confirmado, hallazgo ulterior
995.51	Maltrato psicológico infantil, sospechado, hallazgo inicial
995.51	Maltrato psicológico infantil, sospechado, hallazgo ulterior
995.52	Negligencia infantil, confirmada, hallazgo inicial
995.52	Negligencia infantil, confirmada, hallazgo ulterior
995.52	Negligencia infantil, sospechada, hallazgo inicial
995.52	Negligencia infantil, sospechada, hallazgo ulterior
995.53	Abuso sexual infantil, confirmado, hallazgo inicial
995.53	Abuso sexual infantil, confirmado, hallazgo ulterior
995.53	Abuso sexual infantil, sospechado, hallazgo inicial
995.53	Abuso sexual infantil, sospechado, hallazgo ulterior
995.54	Maltrato físico infantil, confirmado, hallazgo inicial
995.54	Maltrato físico infantil, confirmado, hallazgo ulterior
995.54	Maltrato físico infantil, sospechado, hallazgo inicial
995.54	Maltrato físico infantil, sospechado, hallazgo ulterior

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
995.81	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
995.81	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
995.81	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
995.81	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
995.81	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo inicial
995.81	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo ulterior
995.81	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo inicial
995.81	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo ulterior
995.82	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
995.82	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
995.82	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
995.82	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
995.82	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
995.82	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
995.82	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
995.82	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
995.83	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
995.83	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
995.83	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
995.83	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
995.83	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo inicial
995.83	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo ulterior
995.83	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo inicial
995.83	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo ulterior
995.85	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo inicial
995.85	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo ulterior
995.85	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo inicial
995.85	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo ulterior
V15.41	Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil
V15.41	Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil
V15.41	Historia personal (antecedentes) de violencia física por parte del cónyuge o la pareja
V15.41	Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
V15.42	Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil
V15.42	Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
V15.42	Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil
V15.42	Historia personal (antecedentes) de negligencia por parte del cónyuge o la pareja

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
V15.49	Otra historia personal de trauma psicológico
V15.59	Historia personal de autolesión
V15.81	Incumplimiento del tratamiento médico
V15.89	Otros factores de riesgo personal
V40.31	Vagabundeo asociado a un trastorno mental
V60.0	Personas sin hogar
V60.1	Alojamiento inadecuado
V60.2	Falta de alimentos adecuados o de agua potable
V60.2	Ingresos bajos
V60.2	Pobreza extrema
V60.2	Seguro social o asistencia pública insuficiente
V60.3	Problema relacionado con vivir solo
V60.6	Problema relacionado con la vida en una residencia institucional
V60.89	Discordia con el vecino, inquilino o arrendador
V60.9	Problema de vivienda o económico no especificado
V61.03	Ruptura familiar por separación o divorcio
V61.10	Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja
V61.11	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
V61.11	Visita de salud mental para la víctima de negligencia por parte del cónyuge o la pareja
V61.11	Visita de salud mental para la víctima de violencia física por parte del cónyuge o la pareja
V61.11	Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
V61.12	Visita de salud mental para el autor de negligencia hacia el cónyuge o la pareja
V61.12	Visita de salud mental para el autor de violencia física hacia el cónyuge o la pareja
V61.12	Visita de salud mental para el autor de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
V61.12	Visita de salud mental para el autor del abuso psicológico hacia el cónyuge o la pareja
V61.20	Problema de relación entre padres e hijos
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil no parental
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil no parental
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil no parental
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil por parte de los padres
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental
V61.21	Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental
V61.22	Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil parental
V61.22	Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil parental
V61.22	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil parental
V61.22	Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil parental
V61.29	Niño afectado por relación parental conflictiva
V61.5	Problemas relacionados con multiparidad
V61.7	Problemas relacionados con embarazo no deseado
V61.8	Educación lejos de los padres
V61.8	Nivel elevado de emoción expresada en la familia
V61.8	Problema de relación con los hermanos

CIE-9-MC	Trastorno, afección o problema
V62.21	Problema relacionado con el estado actual de despliegue militar
V62.22	Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidad
V62.22	Historia personal de despliegue militar
V62.29	Otro problema relacionado con el empleo
V62.3	Problema académico o educativo
V62.4	Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución
V62.4	Dificultad de aculturación
V62.4	Exclusión o rechazo social
V62.5	Encarcelamiento u otra reclusión
V62.5	Problemas relacionados con la excarcelación
V62.5	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
V62.5	Sentencia civil o penal sin encarcelamiento
V62.82	Duelo no complicado
V62.83	Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil no parental
V62.83	Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil no parental
V62.83	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil no parental
V62.83	Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental
V62.83	Visita de salud mental para el autor de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge
V62.89	Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido perito, gestor de los casos o asistente social
V62.89	Funcionamiento intelectual límite
V62.89	Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales
V62.89	Problema de la fase de la vida
V62.89	Problema religioso o espiritual
V62.89	Víctima de delincuencia
V62.89	Víctima de terrorismo o tortura
V62.9	Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas
V62.9	Problema relacionado con el entorno social no especificado
V63.8	No disponibilidad o acceso a otros centros de ayuda
V63.9	No disponibilidad o acceso a centros de asistencia sanitaria
V65.2	Simulación
V65.40	Otro asesoramiento o consulta
V65.49	Asesoramiento sexual
V65.49	Visita de salud mental para la víctima de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge
V69.9	Problema relacionado con el estilo de vida
V71.01	Comportamiento antisocial del adulto
V71.02	Comportamiento antisocial infantil o adolescente

<= Ir al Índice

Índice numérico de diagnósticos y códigos del DSM-5 (CIE-10-MC)

Los códigos CIE-10-MC han de usarse en Estados Unidos con una finalidad de codificación desde el 1 de octubre de 2014.

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
E66.9	Sobrepeso u obesidad
F01.50	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
F01.50	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular, sin alteración del comportamiento
F01.51	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
F01.51	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a una enfermedad vascular, con alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal posible, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* G31.09 la enfermedad frontotemporal)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* G31.83 la enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor posible debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar 331.0 la enfermedad de Alzheimer)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G20 enfermedad de Parkinson)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Huntington, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G10 enfermedad de Huntington)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar S06.2X9S traumatismo cerebral difuso con pérdida de la consciencia de duración sin especificar, secuela)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad por priones, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar A81.9 enfermedad por priones)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, sin alteración del comportamiento
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal probable, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G31.09 enfermedad frontotemporal)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, sin alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* G31.83 la enfermedad por cuerpos de Lewy)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a la enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G20 enfermedad de Parkinson)

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH, sin alteración del comportamiento (codificar en primer lugar B20 infección por VIH)
F02.80	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, sin alteración del comportamiento
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Huntington, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G10 enfermedad de Huntington)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer probable, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G30.9 enfermedad de Alzheimer)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a otra afección médica, con alteración del comportamiento
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer posible, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* 331.0 la enfermedad de Alzheimer)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a un traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar S06.2X9S traumatismo cerebral difuso con pérdida de la consciencia de duración sin especificar, secuela)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una enfermedad por priones, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar A81.9 enfermedad por priones)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una infección por VIH, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar B20 infección por VIH)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* G31.83 la enfermedad con cuerpos de Lewy)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor posible debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G31.09 la enfermedad frontotemporal
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor posiblemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (*codificar en primer lugar* G20 la enfermedad de Parkinson)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G31.83 enfermedad por cuerpos de Lewy)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor probable debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G31.09 enfermedad frontotemporal)
F02.81	Trastorno neurocognitivo mayor probablemente debido a la enfermedad de Parkinson, con alteración del comportamiento (codificar en primer lugar G20 la enfermedad de Parkinson)
F05	Delirium debido a otra afección médica
F05	Delirium debido a etiologías múltiples
F06.0	Trastorno psicótico debido a otra afección médica, con alucinaciones
F06.1	Catatonía no especificada (codificar en primer lugar R29.818 otros síntomas que afectan los sistemas nervioso y musculoesquelético)
F06.1	Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de catatonía)
F06.1	Trastorno catatónico debido a otra afección médica
F06.2	Trastorno psicótico debido a otra afección médica, con delirios
F06.31	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con características depresivas
F06.32	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con episodio del tipo de depresión mayor
F06.33	Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, con características maníacas

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F06.33	Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco
F06.34	Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica, con características mixtas
F06.34	Trastorno depresivo debido a otra afección médica, con características mixtas
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a otra afección médica
F06.8	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionados debidos a otra afección médica
F07.0	Cambio de la personalidad debido a otra afección médica
F09	Trastorno mental no especificado debido a otra afección médica
F10.10	Trastorno por consumo de alcohol, leve
F10.121	Delirium por intoxicación por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.129	Intoxicación por alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.14	Trastorno depresivo inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.14	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.159	Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.180	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.181	Disfunción sexual inducida por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.182	Trastorno del sueño inducido por el alcohol, con trastorno por consumo leve
F10.20	Trastorno por consume de alcohol, grave
F10.20	Trastorno por consumo de alcohol, moderado
F10.221	Delirium por intoxicación por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.229	Intoxicación por alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.231	Delirium por abstinencia de alcohol
F10.232	Delirium, con alteraciones de la percepción
F10.239	Abstinencia de alcohol, sin alteraciones de la percepción
F10.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.24	Trastorno depresivo inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.259	Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.26	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo amnésico confabulatorio, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo no amnésico confabulatorio, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.280	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.281	Disfunción sexual inducida por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.282	Trastorno del sueño inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por el alcohol, con trastorno por consumo moderado o grave
F10.921	Delirium por intoxicación por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.929	Intoxicación por alcohol, sin trastorno por consumo
F10.94	Trastorno depresivo inducido por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.959	Trastorno psicótico inducido por el alcohol, sin trastorno por consumo

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F10.96	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo amnésico confabulatorio, sin trastorno por consumo
F10.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por el alcohol, tipo no amnésico confabulatorio, sin trastorno por consumo
F10.980	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.981	Disfunción sexual inducida por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.982	Trastorno del sueño inducido por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por el alcohol, sin trastorno por consumo
F10.99	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
F11.10	Trastorno por consumo de opiáceos, leve
F11.121	Delirium por intoxicación por opiáceos, con trastorno por consumo leve
F11.122	Intoxicación por opiáceos, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F11.129	Intoxicación por opiáceos, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F11.14	Trastorno depresivo inducido por opiáceos, con trastorno por consumo leve
F11.181	Disfunción sexual inducida por opiáceos, con trastorno por consumo leve
F11.182	Trastorno del sueño inducido por opiáceos, con trastorno por consumo leve
F11.188	Trastorno de ansiedad inducido por opiáceos, con trastorno por consumo leve
F11.20	Trastorno por consumo de opiáceos, grave
F11.20	Trastorno por consumo de opiáceos, moderado
F11.221	Delirium por intoxicación por opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.222	Intoxicación por opiáceos, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.229	Intoxicación por opiáceos, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.23	Abstinencia a opiáceos
F11.23	Delirium por abstinencia a opiáceos
F11.24	Trastorno depresivo inducido por opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.281	Disfunción sexual inducida por opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.282	Trastorno del sueño inducido por opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.288	Trastorno de ansiedad inducido por opiáceos, con trastorno por consumo moderado o grave
F11.921	Delirium inducido por opiáceos
F11.921	Delirium por intoxicación por opiáceos, sin trastorno por consumo
F11.922	Intoxicación por opiáceos, con alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F11.929	Intoxicación por opiáceos, sin alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F11.94	Trastorno depresivo inducido por opiáceos, sin trastorno por consumo
F11.981	Disfunción sexual inducida por opiáceos, sin trastorno por consumo
F11.982	Trastorno del sueño inducido por opiáceos, sin trastorno por consumo
F11.988	Trastorno de ansiedad inducido por opiáceos, sin trastorno por consumo
F11.99	Trastorno relacionado con los opiáceos no especificado
F12.10	Trastorno por consumo de cannabis, leve
F12.121	Delirium por intoxicación por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.122	Intoxicación por cannabis, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F12.129	Intoxicación por cannabis, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F12.159	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.180	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.188	Trastorno del sueño inducido por cannabis, con trastorno por consumo leve
F12.20	Trastorno por consumo de cannabis, grave
F12.20	Trastorno por consumo de cannabis, moderado
F12.221	Delirium por intoxicación por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.222	Intoxicación por cannabis, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.229	Intoxicación por cannabis, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.259	Trastorno psicótico inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.280	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.288	Abstinencia de cannabis
F12.288	Trastorno del sueño inducido por cannabis, con trastorno por consumo moderado o grave
F12.921	Delirium por intoxicación por cannabis, sin trastorno por consumo
F12.922	Intoxicación por cannabis, con alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F12.929	Intoxicación por cannabis, sin alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F12.959	Trastorno psicótico inducido por cannabis, sin trastorno por consumo
F12.980	Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, sin trastorno por consumo
F12.988	Trastorno del sueño inducido por cannabis, sin trastorno por consumo
F12.99	Trastorno no especificado relacionado con el cannabis
F13.10	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, leve
F13.121	Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastorno por consumo leve
F13.129	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.14	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.14	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo leve
F13.159	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con trastorno por consumo leve
F13.180	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno del consumo leve
F13.181	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o con trastorno por consumo leve
F13.182	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo, leve
F13.20	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, grave
F13.20	Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, moderado
F13.221	Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.229	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.231	Delirium por abstinencia a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.232	Abstinencia a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alteraciones de la percepción
F13.239	Abstinencia a sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin alteraciones de la percepción
F13.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F13.24	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.259	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.280	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.281	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.282	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con trastorno por consumo moderado o grave
F13.921	Delirium inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
F13.921	Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.929	Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.94	Trastorno depresivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.959	Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.980	Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.981	Disfunción sexual inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.982	Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, sin trastorno por consumo
F13.99	Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado
F14.10	Trastorno por consumo de cocaína, leve
F14.121	Delirium por intoxicación por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.122	Intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F14.129	Intoxicación por cocaína, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F14.14	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.14	Trastorno depresivo inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.159	Trastorno psicótico inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.180	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.181	Disfunción sexual inducida por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.182	Trastorno del sueño inducido por cocaína, con trastorno por consumo leve
F14.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por cocaína, con trastorno del consumo leve
F14.20	Trastorno por consumo de cocaína, grave
F14.20	Trastorno por consumo de cocaína, moderado

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F14.221	Síndrome de abstinencia por intoxicación por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.222	Intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.229	Intoxicación por cocaína, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.23	Abstinencia de cocaína
F14.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.24	Trastorno depresivo inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.259	Trastorno psicótico inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.280	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.281	Disfunción sexual inducida por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.282	Trastorno del sueño inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por cocaína, con trastorno por consumo moderado o grave
F14.921	Delirium por intoxicación por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.922	Intoxicación por cocaína, con alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F14.929	Intoxicación por cocaína, sin alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F14.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.94	Trastorno depresivo inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.959	Trastorno psicótico inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.980	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.981	Disfunción sexual inducida por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.982	Trastorno del sueño inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por cocaína, sin trastorno por consumo
F14.99	Trastorno relacionado con estimulantes no especificado, Trastorno relacionado con la cocaína no especificado
F15.10	Trastorno por consumo de sustancia anfetamínica, leve
F15.10	Trastorno relacionado con el consumo de otro estimulante o un estimulante no especificado, leve
F15.121	Delirium por intoxicación por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.122	Intoxicación por anfetamina u otro estimulante, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F15.129	Intoxicación por anfetamina u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo leve
F15.14	Trastorno depresivo inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.14	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.159	Trastorno psicótico inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.180	Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.180	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, con trastorno por consumo leve
F15.181	Disfunción sexual inducida por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F15.182	Trastorno del sueño inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.182	Trastorno del sueño inducido por cafeína, con trastorno por consumo leve
F15.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo leve
F15.20	Trastorno por consumo de sustancia anfetamínica, grave
F15.20	Trastorno por consumo de sustancia anfetamínica, moderado
F15.20	Trastorno relacionado con el consumo de otro estimulante o un estimulante no especificado, grave
F15.20	Trastorno relacionado con el consumo de otro estimulante o un estimulante no especificado, moderado
F15.221	Delirium por intoxicación por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.222	Intoxicación por anfetamina u otro estimulante, con alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F15.229	Intoxicación por anfetamina u otro estimulante, sin alteraciones de la percepción, con trastorno por consumo moderado o grave
F15.23	Abstinencia a anfetamina (u otro estimulante)
F15.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.24	Trastorno depresivo inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.259	Trastorno psicótico inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.280	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, con trastorno por consumo moderado o grave
F15.280	Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.281	Disfunción sexual inducida por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.282	Trastorno del sueño inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.282	Trastorno del sueño inducido por cafeína, con trastorno por consumo moderado o grave
F15.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por anfetamina (u otro estimulante), con trastorno por consumo moderado o grave
F15.921	Delirium inducido por anfetamina (u otro estimulante)
F15.921	Delirium por intoxicación por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.922	Intoxicación por anfetamina (u otro estimulante), con alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F15.929	Intoxicación por anfetamina (u otro estimulante), sin alteraciones de la percepción, sin trastorno por consumo
F15.929	Intoxicación por cafeína
F15.93	Abstinencia de cafeína
F15.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.94	Trastorno depresivo inducido por anfetamina (u otro estimulante)Trastorno depresivo, sin trastorno por consumo
F15.959	Trastorno psicótico inducido por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína, sin trastorno por consumo
F15.980	Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F15.981	Disfunción sexual inducida por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.982	Trastorno del sueño inducido por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.982	Trastorno del sueño inducido por cafeína, sin trastorno por consumo
F15.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por anfetamina (u otro estimulante), sin trastorno por consumo
F15.99	Trastorno relacionado con el consumo de anfetamina u otro estimulante no especificado
F15.99	Trastorno relacionado con la cafeína no especificado
F16.10	Trastorno por consumo de fenciclidina, leve
F16.10	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, leve
F16.121	Delirium por intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.121	Delirium por intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.129	Intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.129	Intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno bipolar y otro relacionado inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.14	Trastorno depresivo inducido por otro alucinógeno, con trastorno por consumo leve
F16.159	Trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.159	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.180	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo leve
F16.180	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo leve
F16.20	Trastorno por consumo de fenciclidina, grave
F16.20	Trastorno por consumo de fenciclidina, moderado
F16.20	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, grave
F16.20	Trastorno por consumo de otros alucinógenos, moderado
F16.221	Delirium por intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.221	Delirium por intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.229	Intoxicación por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.229	Intoxicación por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno depresivo inducido por otro alucinógeno, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por otro alucinógeno, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.24	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.259	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.259	Trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.280	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, con trastorno por consumo moderado o grave
F16.280	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, con trastorno por consumo

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
	moderado o grave
F16.921	Delirium por intoxicación por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.921	Delirium por intoxicación por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.929	Intoxicación por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.929	Intoxicación por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno depresivo inducido por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por otro alucinógeno, sin trastorno por consumo
F16.94	Trastorno depresivo inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.959	Trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.959	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.980	Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina, sin trastorno por consumo
F16.980	Trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos, sin trastorno por consumo
F16.983	Trastorno de perceptivo persistente por alucinógenos
F16.99	Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado
F16.99	Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado
F17.200	Trastorno por consumo de tabaco, grave
F17.200	Trastorno por consumo de tabaco, moderado
F17.203	Abstinencia a tabaco
F17.208	Trastorno del sueño inducido por tabaco, con trastorno por consumo moderado o grave
F17.209	Trastorno relacionado con el tabaco no especificado
F18.10	Trastorno por consumo de inhalantes, leve
F18.121	Delirium por intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.129	Intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.14	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.159	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.17	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.180	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, con trastorno por consumo leve
F18.20	Trastorno por consumo de inhalantes, grave
F18.20	Trastorno por consumo de inhalantes, moderado
F18.221	Delirium por intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.229	Intoxicación por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.24	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.259	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.27	Trastorno neucognitivo mayor inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.280	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, con trastorno por consumo moderado o grave
F18.921	Delirium por intoxicación por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.929	Intoxicación por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.94	Trastorno depresivo inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F18.959	Trastorno psicótico inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.980	Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por inhalantes, sin trastorno por consumo
F18.99	Trastorno relacionado con inhalantes no especificado
F19.10	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), leve
F19.121	Delirium por intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.129	Intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.14	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.14	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.159	Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.17	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.180	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.181	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.182	Trastorno del sueño inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo leve
F19.188	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.188	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo leve
F19.20	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), grave
F19.20	Trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas), moderado
F19.221	Delirium por intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.229	Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.231	Delirium por abstinencia a otra sustancia (o sustancia desconocida)
F19.239	Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)
F19.24	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.24	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.259	Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.27	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.280	Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.281	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o sustancia desconocida), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.282	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.288	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas),

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
	con trastorno por consumo moderado o grave
F19.288	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), con trastorno por consumo moderado o grave
F19.921	Delirium inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida)
F19.921	Delirium por intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.929	Intoxicación por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.94	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.94	Trastorno depresivo inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.959	Trastorno psicótico inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.97	Trastorno neurocognitivo mayor inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.980	Trastorno de ansiedad inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.981	Disfunción sexual inducida por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.982	Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.988	Trastorno neurocognitivo leve inducido por otras sustancias (o sustancias desconocidas), sin trastorno por consumo
F19.988	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado inducido por otra sustancia (o sustancia desconocida), sin trastorno por consumo
F19.99	Trastorno relacionado con el uso de otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado
F20.81	Trastorno esquizofreniforme
F20.9	Esquizofrenia
F21	Trastorno de la personalidad esquizotípica
F22	Trastorno delirante
F23	Trastorno psicótico breve
F25.0	Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar
F25.1	Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
F28	Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico
F29	Trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico
F31.0	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente
F31.11	Trastorno bipolar I, episodio maniaco actual o más reciente, leve
F31.12	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, moderado
F31.13	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, grave
F31.2	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, con características psicóticas
F31.31	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, leve
F31.32	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, moderado
F31.4	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, grave
F31.5	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, con características psicóticas
F31.71	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, en remisión parcial
F31.72	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, en remisión total
F31.73	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión parcial
F31.74	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, en remisión total
F31.75	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, en remisión parcial

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F31.76	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, en remisión total
F31.81	Trastorno bipolar II
F31.89	Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio actual o más reciente no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio depresivo actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio hipomaníaco actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual o más reciente, no especificado
F31.9	Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado
F32.0	Trastorno de depresión mayor, episodio único, leve
F32.1	Trastorno de depresión mayor, episodio único, moderado
F32.2	Trastorno de depresión mayor, episodio único, grave
F32.3	Trastorno de depresión mayor, episodio único, con características psicóticas
F32.4	Trastorno de depresión mayor, episodio único, en remisión parcial
F32.5	Trastorno de depresión mayor, episodio único, en remisión total
F32.8	Otro trastorno depresivo especificado
F32.9	Otro trastorno depresivo no especificado
F32.9	Trastorno de depresión mayor, episodio único, no especificado
F33.0	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, leve
F33.1	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, moderado
F33.2	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, grave
F33.3	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, con características psicóticas
F33.41	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, en remisión parcial
F33.42	Trastorno de depresión, episodio recurrente, en remisión total
F33.9	Trastorno de depresión mayor, episodio recurrente, no especificado
F34.0	Trastorno ciclotímico
F34.1	Trastorno depresivo persistente (distimia)
F34.8	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
F40.00	Agorafobia
F40.10	Trastorno de ansiedad social (fobia social)
F40.218	Fobia específica, animal
F40.228	Fobia específica, entorno natural
F40.230	Fobia específica, miedo a la sangre
F40.231	Fobia específica, miedo a las inyecciones y transfusiones
F40.232	Fobia específica, miedo a otra atención médica
F40.233	Fobia específica, miedo a una lesión
F40.248	Fobia específica, situacional
F40.298	Fobia específica, otra
F41.0	Trastorno de pánico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.8	Otro trastorno de ansiedad especificado
F41.9	Otro trastorno de ansiedad no especificado
F42	Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados
F42	Trastorno de acumulación
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados
F43.0	Trastorno de estrés agudo
F43.10	Trastorno de estrés postraumático
F43.20	Trastorno de adaptación, sin especificar
F43.21	Trastornos de adaptación, con estado de ánimo deprimido
F43.22	Trastorno de adaptación, con ansiedad

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F43.23	Trastorno de adaptación, con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido
F43.24	Trastorno de adaptación, con alteración de la conducta
F43.25	Trastorno de adaptación, con alteración mixta de las emociones o la conducta
F43.8	Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado
F43.9	Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado no especificado
F44.0	Amnesia disociativa
F44.1	Amnesia disociativa, con fuga disociativa
F44.4	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con síntoma del habla
F44.4	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con debilidad o parálisis
F44.4	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con movimiento anómalo
F44.4	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con síntomas de la deglución
F44.5	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con ataques o convulsiones
F44.6	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con anestesia o pérdida sensitiva
F44.6	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con síntoma sensitivo especial
F44.7	Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con síntomas mixtos
F44.81	Trastorno de identidad disociativo
F44.89	Otro trastorno disociativo especificado
F44.9	Trastorno disociativo no especificado
F45.1	Trastorno de síntomas somáticos
F45.21	Trastorno de ansiedad por enfermedad
F45.22	Trastorno dismórfico corporal
F45.8	Otros trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados
F45.9	Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados
F48.1	Trastorno de despersonalización/desrealización
F50.01	Anorexia nerviosa, tipo restrictivo
F50.02	Anorexia nerviosa, tipo con atracones/purgas
F50.2	Bulimia nerviosa
F50.8	Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado
F50.8	Pica, en adultos
F50.8	Trastorno de atracones
F50.8	Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado
F51.01	Trastorno de insomnio
F51.11	Trastorno de hipersomnia
F51.3	Trastornos del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo
F51.4	Trastornos del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos
F51.5	Trastorno de pesadillas
F52.0	Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
F52.21	Trastorno eréctil
F52.22	Trastorno del interés/excitación sexual femenino
F52.31	Trastorno orgásmico femenino
F52.32	Eyaculación retardada
F52.4	Eyaculación prematura (precoz)

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F52.6	Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración
F52.8	Otra disfunción sexual especificada
F52.9	Disfunción sexual no especificada
F54	Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas
F60.0	Trastorno de la personalidad paranoide
F60.1	Trastorno de la personalidad esquizoide
F60.2	Trastorno de la personalidad antisocial
F60.3	Trastorno de la personalidad límite
F60.4	Trastorno de la personalidad histriónica
F60.5	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva
F60.6	Trastorno de la personalidad evitativa
F60.7	Trastorno de la personalidad dependiente
F60.81	Trastorno de la personalidad narcisista
F60.89	Otro trastorno de la personalidad especificado
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado
F63.0	Juego patológico
F63.1	Piromanía
F63.2	Cleptomanía
F63.3	Tricotilomanía (trastorno de arrancarse el cabello)
F63.81	Trastorno explosivo intermitente
F64.1	Disforia de género en adolescentes y adultos
F64.2	Disforia de género en niños
F64.8	Otra disforia de género especificada
F64.9	Disforia de género no especificada
F65.0	Trastorno de fetichismo
F65.1	Trastorno de travestismo
F65.2	Trastorno de exhibicionismo
F65.3	Trastorno de voyeurismo
F65.4	Trastorno de pedofilia
F65.51	Trastorno de masoquismo sexual
F65.52	Trastorno de sadismo sexual
F65.81	Trastorno de frotteurismo
F65.89	Otro trastorno parafílico especificado
F65.9	Trastorno parafílico no especificado
F68.10	Trastorno facticio
F70	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), leve
F71	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), moderado
F72	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), grave
F73	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), profundo
F79	Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada
F80.0	Trastorno fonológico
F80.2	Trastorno del lenguaje
F80.81	Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)
F80.89	Trastorno de la comunicación social (pragmático)
F80.9	Trastorno de la comunicación no especificado
F81.0	Trastorno específico del aprendizaje, con dificultades en la lectura
F81.2	Trastorno específico del aprendizaje, con dificultad en matemáticas
F81.81	Trastorno específico del aprendizaje, con dificultad en la expresión escrita
F82	Trastorno del desarrollo de la coordinación
F84.0	Trastorno del espectro autista

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
F88	Otro trastorno del neurodesarrollo especificado
F88	Retraso global del desarrollo
F89	Trastorno del neurodesarrollo no especificado
F90.0	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominante con falta de atención
F90.1	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación predominante hiperactiva/impulsiva
F90.2	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación combinada
F90.8	Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado
F90.9	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado
F91.1	Trastorno de conducta, tipo de inicio infantil
F91.2	Trastorno de conducta, tipo de inicio adolescente
F91.3	Trastorno negativista desafiante
F91.8	Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado
F91.9	Trastorno de conducta, tipo de inicio no especificado
F91.9	Trastorno disruptivo, del control de impulsos y de la conducta no especificado
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
F94.0	Mutismo selectivo
F94.1	Trastorno de apego reactivo
F94.2	Trastorno de relación social desinhibida
F95.0	Trastorno de tics transitorio
F95.1	Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)
F95.2	Trastorno de la Tourette
F95.8	Otro trastorno de tics especificado
F95.9	Trastorno de tics no especificado
F98.0	Enuresis
F98.1	Encopresis
F98.21	Trastorno de rumiación
F98.3	Pica, en niños
F98.4	Trastorno de movimientos estereotipados
F98.5	Trastorno de la fluidez de inicio en el adulto
F99	Otro trastorno mental especificado
F99	Trastorno mental no especificado
G21.0	Síndrome neuroléptico maligno
G21.11	Parkinsonismo inducido por neurolépticos
G21.19	Parkinsonismo inducido por otros medicamentos
G24.01	Discinesia tardía
G24.02	Distonía aguda inducida por medicamentos
G24.09	Distonía tardía
G25.1	Temblor postural inducido por medicamentos
G25.71	Acatisia aguda inducida por medicamentos
G25.71	Acatisia tardía
G25.79	Otro trastorno motor inducido por medicamentos
G25.81	Síndrome de las piernas inquietas
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve con cuerpos de Lewy
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a infección por VIH
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Alzheimer
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Huntington
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a la enfermedad de Parkinson

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a otra afección médica
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a una degeneración del lóbulo frontotemporal
G31.84	Trastorno neurocognitivo leve debido a una enfermedad por priones
G31.84	Trastorno neurocognitivo vascular leve
G47.00	Trastorno de insomnio no especificado
G47.09	Otro trastorno de insomnio especificado
G47.10	Trastorno de hipersomnia no especificado
G47.19	Otro trastorno de hipersomnia especificado
G47.20	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo no especificado
G47.21	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de fases de sueño retrasadas
G47.22	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipos de fases de sueño avanzadas
G47.23	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo de sueño-vigilia irregular
G47.24	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo no ajustado a las 24 horas
G47.26	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo asociado a turnos laborales
G47.31	Apnea central del sueño, apnea central del sueño idiopática
G47.33	Apnea e hipoapnea obstructiva del sueño
G47.34	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación idiopática
G47.35	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación alveolar central congénita
G47.36	Hipoventilación relacionada con el sueño, hipoventilación concurrente relacionada con el sueño
G47.37	Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos
G47.411	Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina
G47.419	Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia
G47.419	Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes de tipo 2
G47.419	Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina
G47.429	Narcolepsia secundaria a otra afección médica
G47.52	Trastorno del comportamiento del sueño REM
G47.8	Otro trastorno del sueño-vigilia especificado
G47.9	Trastorno del sueño-vigilia no especificado
L98.1	Trastorno de excoriación (rascarse la piel)
N39.498	Otro trastorno de la excreción especificado, con síntomas urinarios
N94.3	Trastorno disfórico premenstrual
R06.3	Apnea central del sueño, respiración de Cheyne-Stokes
R15.9	Otro trastorno de la excreción especificado, con síntomas fecales
R15.9	Trastorno de la excreción no especificado, con síntomas fecales
R32	Trastorno de la excreción no especificado, con síntomas urinarios
R41.0	Otro delirium especificado
R41.0	Delirium no especificado
R41.83	Funcionamiento intelectual límite
R41.9	Trastorno neurocognitivo no especificado
T43.205A	Síndrome de suspensión de antidepresivos, hallazgo inicial
T43.205D	Síndrome de suspensión de antidepresivos, hallazgo ulterior
T43.205S	Síndrome de suspensión de antidepresivos, secuelas
T50.905A	Otro efecto adverso de medicamentos, hallazgo inicial
T50.905D	Otro efecto adverso de medicamentos, hallazgo ulterior
T50.905S	Otro efecto adverso de medicamentos, secuelas
T74.01XA	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
T74.01XD	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
T74.02XA	Negligencia infantil, confirmada, hallazgo inicial

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
T74.02XD	Negligencia infantil, confirmada, hallazgo ulterior
T74.11XA	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
T74.11XA	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo inicial
T74.11XD	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
T74.11XD	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
T74.12XA	Maltrato físico infantil, confirmado, hallazgo inicial
T74.12XD	Maltrato físico infantil, confirmado, hallazgo ulterior
T74.21XA	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
T74.21XA	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
T74.21XD	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
T74.21XD	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, confirmada, hallazgo ulterior
T74.22XA	Abuso sexual infantil, confirmado, hallazgo inicial
T74.22XD	Abuso sexual infantil, confirmado, hallazgo ulterior
T74.31XA	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
T74.31XA	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo inicial
T74.31XD	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
T74.31XD	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, confirmado, hallazgo ulterior
T74.32XA	Maltrato psicológico infantil, confirmado, hallazgo inicial
T74.32XD	Maltrato psicológico infantil, confirmado, hallazgo ulterior
T76.01XA	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.01XD	Negligencia por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
T76.02XA	Negligencia infantil, sospechada, hallazgo inicial
T76.02XD	Negligencia infantil, sospechada, hallazgo ulterior
T76.11XA	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.11XA	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.11XD	Maltrato físico del adulto por parte de una persona distinta al cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
T76.11XD	Violencia física por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
T76.12XA	Maltrato físico infantil, sospechado, hallazgo inicial
T76.12XD	Maltrato físico infantil, sospechado, hallazgo ulterior
T76.21XA	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta al cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.21XA	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.21XD	Abuso sexual del adulto por parte de una persona distinta al cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
T76.21XD	Violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja, sospechada, hallazgo ulterior
T76.22XA	Abuso sexual infantil, sospechado, hallazgo inicial
T76.22XD	Abuso sexual infantil, sospechado, hallazgo ulterior
T76.31XA	Maltrato psicológico del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.31XA	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo inicial
T76.31XD	Maltrato psicológico por parte de una persona distinta del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior
T76.31XD	Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja, sospechado, hallazgo ulterior

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
T76.32XA	Maltrato psicológico infantil, sospechado, hallazgo inicial
T76.32XD	Maltrato psicológico infantil, sospechado, hallazgo ulterior
Z55.9	Problema académico o educativo
Z56.82	Problema relacionado con el estado actual de despliegue militar
Z56.9	Otro problema relacionado con el empleo
Z59.0	Personas sin hogar
Z59.1	Alojamiento inadecuado
Z59.2	Discordia con vecino, inquilino o arrendador
Z59.3	Problema relacionado con la vida en una residencia institucional
Z59.4	Falta de alimentos adecuados o agua potable
Z59.5	Pobreza extrema
Z59.6	Ingresos bajos
Z59.7	Seguro social o asistencia pública insuficiente
Z59.9	Problema de vivienda o económico no especificado
Z60.0	Problema de fase de la vida
Z60.2	Problema relacionado con vivir solo
Z60.3	Dificultad de aculturación
Z60.4	Exclusión o rechazo social
Z60.5	Blanco (percibido) de discriminación adversa o persecución
Z60.9	Problema relacionado con el entorno social no especificado
Z62.29	Educación lejos de los padres
Z62.810	Historia personal (antecedentes) de abuso sexual infantil
Z62.810	Historia personal (antecedentes) de maltrato físico infantil
Z62.811	Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico infantil
Z62.812	Historia personal (antecedentes) de negligencia infantil
Z62.820	Problema de relación entre padres e hijos
Z62.891	Problema de relación con los hermanos
Z62.898	Niño afectado por relación parental conflictiva
Z63.0	Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja
Z63.4	Duelo no complicado
Z63.5	Ruptura familiar por separación o divorcio
Z63.8	Nivel elevado de emoción expresada en la familia
Z64.0	Problemas relacionados con embarazo no deseado
Z64.1	Problemas relacionados con multiparidad
Z64.4	Discordia con el proveedor de servicios sociales, incluido perito, gestor de casos o asistente social
Z65.0	Sentencia civil o penal sin encarcelamiento
Z65.1	Encarcelamiento u otra reclusión
Z65.2	Problemas relacionados con la excarcelación
Z65.3	Problemas relacionados con otras circunstancias legales
Z65.4	Víctima de delincuencia
Z65.4	Víctima de terrorismo o tortura
Z65.5	Exposición a catástrofe, guerra u otras hostilidades
Z65.8	Otro problema relacionado con circunstancias psicosociales
Z65.8	Problema religioso o espiritual
Z65.9	Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas
Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil por parte de los padres
Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil por parte de los padres
Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil por parte de los padres

CIE-10-MC	Trastorno, afección o problema
Z69.010	Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil parental
Z69.011	Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil parental
Z69.011	Visita de salud mental para el autor de la negligencia infantil parental
Z69.011	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil parental
Z69.011	Visita de salud mental para el autor el autor de maltrato infantil parental
Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de abuso sexual infantil no parental
Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de maltrato infantil no parental
Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico infantil no parental
Z69.020	Visita de salud mental para la víctima de negligencia infantil no parental
Z69.021	Visita de salud mental para el autor de maltrato infantil no parental
Z69.021	Visita de salud mental para el autor de abuso sexual infantil no parental
Z69.021	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico infantil no parental
Z69.021	Visita de salud mental para el autor de negligencia infantil no parental
Z69.11	Visita de salud mental para la víctima de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
Z69.11	Visita de salud mental para la víctima de negligencia por parte del cónyuge o pareja
Z69.11	Visita de salud mental para la víctima de violencia física por parte del cónyuge o pareja
Z69.12	Visita de salud mental para el autor de maltrato psicológico hacia el cónyuge o pareja
Z69.12	Visita de salud mental para el autor de negligencia hacia del cónyuge o pareja
Z69.12	Visita de salud mental para el autor de violencia física hacia el cónyuge o pareja
Z69.12	Visita de salud mental para el autor de violencia sexual hacia del cónyuge o pareja
Z69.81	Visita de salud mental para la víctima de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge
Z69.81	Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o pareja
Z69.82	Visita de salud mental para el autor de maltrato o abuso del adulto por parte de una persona distinta del cónyuge
Z70.9	Asesoramiento sexual
Z71.9	Otro asesoramiento o consulta
Z72.0	Trastorno por consume de tabaco, leve
Z72.810	Comportamiento antisocial infantil o adolescente
Z72.811	Comportamiento antisocial del adulto
Z72.9	Problema relacionado con el estilo de vida
Z75.3	No disponibilidad o acceso a centros de asistencia sanitaria
Z75.4	No disponibilidad o acceso a otros centros de ayuda
Z76.5	Simulación
Z91.19	Incumplimiento del tratamiento médico
Z91.410	Historia personal (antecedentes) de violencia física por parte del cónyuge o la pareja
Z91.410	Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja
Z91.411	Historia personal (antecedentes) de maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja
Z91.412	Historia personal (antecedentes) de negligencia por parte del cónyuge o la pareja
Z91.49	Otra historia personal de trauma psicológico
Z91.5	Historia personal de autolesión
Z91.82	Historia personal de despliegue militar
Z91.83	Vagabundeo asociado a un trastorno mental
Z91.89	Otros factores de riesgo personal

<= Ir al Índice

Asesores y otros colaboradores del DSM-5

Consejo de administración de la APA. Comités de revisión del DSM-5

Comité Científico de la Revisión (CCR)

Kenneth S. Kendler, M.D. (Director)
Robert Freedman, M.D. (Co-director)
Dan G. Blazer, M.D., Ph.D., M.P.H.
David Brent, M.D. (2011–)
Ellen Leibenluft, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D. (–2011)
Paul S. Summergrad, M.D.
Robert J. Ursano, M.D. (–2011)
Myrna Weissman, Ph.D. (2011–)
Joel Yager, M.D.
Jill L. Opalesky M.S. (Apoyo administrativo)

Comité de Revisión Clínica y de Salud Pública (CCSP)

John S. McIntyre, M.D. (Director)
Joel Yager, M.D. (Co-director)
Anita Everett M.D.
Cathryn A. Galanter, M.D.
Jeffrey M. Lyness, M.D.
James E. Nininger, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Michael J. Vergare, M.D.
Ann Miller (Apoyo administrativo)

Comité supervisor

Carolyn Robinowitz, M.D. (Director)
Mary Badaracco, M.D.
Ronald Burd, M.D.
Robert Freedman, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Kyla Pope, M.D.
Victor I. Reus, M.D.
Daniel K. Winstead, M.D.
Joel Yager, M.D.

Comité revisor del DSM-5 de la asamblea de la APA

Glenn A. Martin, M.D. (Director)
R. Scott Benson, M.D. (Portavoz de la Asamblea)
William Cardasis, M.D.
John M. de Figueiredo, M.D.
Lawrence S. Gross, M.D.
Brian S. Hart, M.D.
Stephen A. McLeod Bryant, M.D.
Gregory A. Miller, M.D.
Roger Peele, M.D.
Charles S. Price, M.D.
Deepika Sastry, M.D.
John P.D. Shemo, M.D.
Eliot Sorel, M.D.

Grupo cumbre del DSM-5

Dilip V. Jeste, M.D. (Director)
R. Scott Benson, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Helena C. Kraemer, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jeffrey A. Lieberman, M.D.
Glenn A. Martin, M.D.
John S. McIntyre, M.D.
John M. Oldham, M.D.
Roger Peele, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
James H. Scully Jr., M.D.
Joel Yager, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D. (Consultor)
Michael B. First, M.D. (Consultor)

Revisión de los estudios de campo del DSM-5

Robert D. Gibbons, Ph.D.
Craig Nelson, M.D.

Revisión forense del DSM-5

Paul S. Appelbaum, M.D.
Lama Bazzi, M.D.
Alec W. Buchanan, M.D., Ph.D.
Carissa Cabán Alemán, M.D.
Michael Champion, M.D.
Jeffrey C. Eisen, M.D.
Elizabeth Ford, M.D.
Daniel T. Hackman, M.D.
Mark Hauser, M.D.
Steven K. Hoge, M.D., M.B.A.
Debra A. Pinals, M.D.
Guillermo Portillo, M.D.
Patricia Recupero, M.D., J.D.
Robert Weinstock, M.D.
Cheryl Wills, M.D.
Howard V. Zonana, M.D.

Personal anterior de la APA DSM-5

Erin J. Dalder-Alpher
Kristin Edwards
Leah I. Engel
Lenna Jawdat
Elizabeth C. Martin
Rocio J. Salvador

Asesores de los grupos de trabajo

TDAH y trastornos de comportamiento disruptivo

Emil F. Coccaro, M.D.
Deborah Dabrick, Ph.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
Benjamin B. Lahey, Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
Mary Solanto, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.
Eric Youngstrom, Ph.D.

Trastornos de ansiedad, del espectro obsesivo-compulsivo, postraumáticos y disociativos

Lynn E. Alden, Ph.D.
David B. Arciniegas, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Chris R. Brewin, Ph.D.
Richard J. Brown, Ph.D.
Timothy A. Brown, Ph.D.
Richard A. Bryant, Ph.D.
Joan M. Cook, Ph.D.
Joop de Jong, M.D., Ph.D.
Paul F. Dell, Ph.D.
Damiaan Denys, M.D.
Bruce P. Dohrenwend, Ph.D.
Brian A. Fallon, M.D., M.P.H.
Edna B. Foa, Ph.D.
Martin E. Franklin, Ph.D.
Wayne K. Goodman, M.D.
Jon E. Grant, J.D., M.D.
Bonnie L. Green, Ph.D.
Richard G. Heimberg, Ph.D.
Judith L. Herman, M.D.
Devon E. Hinton, M.D., Ph.D.
Stefan G. Hofmann, Ph.D.
Charles W. Hoge, M.D.
Terence M. Keane, Ph.D.
Nancy J. Keuthen, Ph.D.
Dean G. Kilpatrick, Ph.D.
Katharina Kircanski, Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D., D.Sc.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Richard T. LeBeau, M.A.
Richard J. Loewenstein, M.D.
David Mataix-Cols, Ph.D.
Thomas W. McAllister, M.D.
Harrison G. Pope, M.D., M.P.H.
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Steven A. Rasmussen, M.D.
Patricia A. Resick, Ph.D.
Vedat Sar, M.D.
Sanjaya Saxena, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
M. Katherine Shear, M.D.
Daphne Simeon, M.D.
Harvey S. Singer, M.D.
Melinda A. Stanley, Ph.D.
James J. Strain, M.D.
Kate Wolitzky Taylor, Ph.D.
Onno van der Hart, Ph.D.
Eric Vermetten, M.D., Ph.D.
John T. Walkup, M.D.
Sabine Wilhelm, Ph.D.
Douglas W. Woods, Ph.D.
Richard E. Zinbarg, Ph.D.
Joseph Zohar, M.D.

Trastornos en la infancia y adolescencia

Adrian Angold, Ph.D.
Deborah Beidel, Ph.D.
David Brent, M.D.
John Campo, M.D.
Gabrielle Carlson, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D.
David Klonsky, Ph.D.
Matthew Nock, Ph.D.
J. Blake Turner, Ph.D.

Trastornos de la conducta alimentaria

Michael J. Devlin, M.D.
Denise E. Wilfley, Ph.D.
Susan Z. Yanovski, M.D.

Trastornos del estado de ánimo

Boris Birmaher, M.D.
Yeates Conwell, M.D.
Ellen B. Dennehy, Ph.D.
S. Ann Hartlage, Ph.D.
Jack M. Hettema, M.D., Ph.D.
Michael C. Neale, Ph.D.
Gordon B. Parker, M.D., Ph.D., D.Sc.
Roy H. Perlis, M.D. M.Sc.
Holly G. Prigerson, Ph.D.
Norman E. Rosenthal, M.D.
Peter J. Schmidt, M.D.

Mort M. Silverman, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A.
Sidney Zisook, M.D.

Trastornos neurocognitivos

Jiska Cohen-Mansfield, Ph.D.
Vladimir Hachinski, M.D., C.M., D.Sc.
Sharon Inouye, M.D., M.P.H.
Grant Iverson, Ph.D.
Laura Marsh, M.D.
Bruce Miller, M.D.
Jacobo Mintzer, M.D., M.B.A.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
George Prigatano, Ph.D.
Ron Ruff, Ph.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Robert Sweet, M.D.
Paula Trzepacz, M.D.

Trastornos del neurodesarrollo

Ari Ne'eman
Nickola Nelson, Ph.D.
Diane Paul, Ph.D.
Eva Petrova, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Jan Piek, Ph.D.
Helene Polatajko, Ph.D.
Alya Reeve, M.D.
Mabel Rice, Ph.D.
Joseph Sergeant, Ph.D.
Bennett Shaywitz, M.D.
Sally Shaywitz, M.D.
Audrey Thurm, Ph.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Warren Zigman, Ph.D.

Personalidad y trastornos de la personalidad

Eran Chemerinski, M.D.
Thomas N. Crawford, Ph.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Kristian E. Markon, Ph.D.
Rebecca L. Shiner, Ph.D.
Kenneth R. Silk, M.D.
Jennifer L. Tackett, Ph.D.
David Watson, Ph.D.

Trastornos psicóticos

Kamaldeep Bhui, M.D.
Manuel J. Cuesta, M.D., Ph.D.
Richard Douyon, M.D.
Paolo Fusar-Poli, Ph.D.
John H. Krystal, M.D.
Thomas H. McGlashan, M.D.
Victor Peralta, M.D., Ph.D.
Anita Riecher-Rössler, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.

Trastornos de la sexualidad y de la identidad sexual

Stan E. Althof, Ph.D.
Richard Balon, M.D.
John H.J. Bancroft, M.D., M.A., D.P.M.
Howard E. Barbaree, Ph.D., M.A.
Rosemary J. Basson, M.D.
Sophie Bergeron, Ph.D.
Anita L. Clayton, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Domenico Di Ceglie, M.D.
Esther Gomez-Gil, M.D.
Jamison Green, Ph.D.
Richard Green, M.D, J.D.
R. Karl Hanson, Ph.D.
Lawrence Hartmann, M.D.
Stephen J. Hucker, M.B.
Eric S. Janus, J.D.
Patrick M. Jern, Ph.D.
Megan S. Kaplan, Ph.D.
Raymond A. Knight, Ph.D.
Ellen T.M. Laan, Ph.D.
Stephen B. Levine, M.D.
Christopher G. McMahon, M.B.
Marta Meana, Ph.D.
Michael H. Miner, Ph.D., M.A.
William T. O'Donohue, Ph.D.
Michael A. Perelman, Ph.D.
Caroline F. Pukall, Ph.D.
Robert E. Pyke, M.D., Ph.D.
Vernon L. Quinsey, Ph.D. M.Sc.
David L. Rowland, Ph.D., M.A.
Michael Sand, Ph.D., M.P.H.
Leslie R. Schover, Ph.D., M.A.
Paul Stern, B.S, J.D.
David Thornton, Ph.D.
Leonore Tiefer, Ph.D.
Douglas E. Tucker, M.D.
Jacques van Lankveld, Ph.D.
Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D.

Trastornos del sueño-vigilia

Donald L. Bliwise, Ph.D.
Daniel J. Buysse, M.D.
Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.
Sanjeeve V. Kothare, M.D.
Kenneth L. Lichstein, Ph.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Rachel Manber, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Thomas C. Neylan, M.D.
Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.
Judith Owens, M.D., M.P.H.
Daniel L. Picchietti, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
Daniel Weintraub, M.D.

Theresa B. Young, Ph.D.
Phyllis C. Zee, M.D., Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

Brenda Bursch, Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.
W. Curt LaFrance, Jr., M.D., M.P.H.
Jon Stone, M.B., Ch.B., Ph.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Trastornos relacionados con sustancias

Raymond F. Anton, Jr., M.D.
Deborah A. Dawson, Ph.D.
Roland R. Griffiths, Ph.D.
Dorothy K. Hatsukami, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Marilyn A. Huestis, Ph.D.
John R. Hughes, M.D.
Laura M. Juliano, Ph.D.
Thomas R. Kosten, M.D.
Nora D. Volkow, M.D.

Grupos de estudio del DSM-5 y otros grupos de asesores del DSM-5

Enfoques del desarrollo

Christina Bryant, Ph.D.
Amber Gum, Ph.D.
Thomas Meeks, M.D.
Jan Mohlman, Ph.D.
Steven Thorp, Ph.D.
Julie Wetherell, Ph.D.

Aspectos de género y culturales

Neil K. Aggarwal, M.D., M.B.A., M.A.
Sofie Bäärnhielm, M.D., Ph.D.
José J. Bauermeister, Ph.D.
James Boehnlein, M.D., M.Sc.
Jaswant Guzder, M.D.
Alejandro Interian, Ph.D.
Sushrut S. Jadhav, M.B.B.S., M.D., Ph.D.
Laurence J. Kirmayer, M.D.
Alex J. Kopelowicz, M.D.
Amaro J. Laria, Ph.D.
Steven R. Lopez, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
John R. Peteet, M.D.
Hans (J.G.B.M.) Rohlof, M.D.
Cecile Rousseau, M.D.
Mitchell G. Weiss, M.D., Ph.D.

Interfaz psiquiatría/Medicina general

Daniel L. Coury, M.D.
Bernard P. Dreyer, M.D.
Danielle Laraque, M.D.
Lynn M. Wegner, M.D.

Deterioro e incapacidad

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Martin Prince, M.D., M.Sc.
Michael R. Von Korff, Sc.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica

Prudence W. Fisher, Ph.D.
Robert D. Gibbons, Ph.D.
Ruben Gur, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
John Houston, M.D., Ph.D.
Kurt Kroenke, M.D.

Otros colaboradores/consultores

TDAH y trastornos de comportamiento disruptivo

Patrick E. Shrout, Ph.D.
Erik Willcutt, Ph.D.

Trastornos de ansiedad, del espectro obsesivo-compulsivo, postraumáticos y disociativos

Etzel Cardeña, Ph.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Charlie Marmar, M.D.
Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.
Mark W. Miller, Ph.D.
Mark H. Pollack, M.D.
Heidi S. Resnick, Ph.D.

Trastornos en la infancia y adolescencia

Grace T. Baranek, Ph.D.
Colleen Jacobson, Ph.D.
Maria Oquendo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.

Trastornos de conducta alimentaria

Nancy L. Zucker, Ph.D.

Trastornos del estado de ánimo

Keith Hawton, M.D., Ph.D.
David A. Jobes, Ph.D.
Maria A. Oquendo, M.D.
Alan C. Swann, M.D.

Trastornos neurocogniticos

J. Eric Ahlskog, M.D., Ph.D.
Allen J. Aksamit, M.D.
Marilyn Albert, Ph.D.
Guy Mckhann, M.D.
Bradley Boeve, M.D.
Helena Chui, M.D.
Sureyya Dikmen, Ph.D.
Douglas Galasko, M.D.
Harvey Levin, Ph.D.
Mark Lovell, Ph.D.
Jeffery Max, M.B.B.Ch.
Ian McKeith, M.D.
Cynthia Munro, Ph.D.
Marlene Oscar-Berman, Ph.D.
Alexander Troster, Ph.D.

Trastornos del neurodesarrollo

Anna Barnett, Ph.D.
Martha Denckla, M.D.
Jack M. Fletcher, Ph.D.
Dido Green, Ph.D.
Stephen Greenspan, Ph.D.
Bruce Pennington, Ph.D.
Ruth Shalev, M.D.
Larry B. Silver, M.D.
Lauren Swineford, Ph.D.
Michael Von Aster, M.D.

Personalidad y trastornos de la personalidad

Patricia R. Cohen, Ph.D.
Jaime L. Derringer, Ph.D.
Lauren Helm, M.D.
Christopher J. Patrick, Ph.D.
Anthony Pinto, Ph.D.

Trastornos psicóticos

Scott W. Woods, M.D.

Trastornos de la sexualidad y de la identidad sexual

Alan J. Riley, M.Sc.
Ray C. Rosen, Ph.D.

Trastornos del sueño-vigilia

Jack D. Edinger, Ph.D.
David Gozal, M.D.
Hochang B. Lee, M.D.
Tore A. Nielsen, Ph.D.
Michael J. Sateia, M.D.
Jamie M. Zeitzer, Ph.D.

Trastornos de síntomas somáticos

Chuck V. Ford, M.D.
Patricia I. Rosebush, M.Sc.N., M.D.

Trastornos relacionados con sustancias

Sally M. Anderson, Ph.D.
Julie A. Kable, Ph.D.
Christopher Martin, Ph.D.
Sarah N. Mattson, Ph.D.
Edward V. Nunes, Jr., M.D.
Mary J. O'Connor, Ph.D.
Heather Carmichael Olson, Ph.D.
Blair Paley, Ph.D.
Edward P. Riley, Ph.D.
Tulshi D. Saha, Ph.D.
Wim van den Brink, M.D., Ph.D.
George E. Woody, M.D.

Espectro diagnóstico y coordinación DSM/CIE

Bruce Cuthbert, Ph.D.

Enfoques del desarrollo

Aartjan Beekman Ph.D.
Alistair Flint, M.B.
David Sultzer, M.D.
Ellen Whyte, M.D.

Aspectos de género y culturales

Sergio Aguilar-Gaxiola, M.D., Ph.D.
Kavoos G. Bassiri, M.S.
Venkataramana Bhat, M.D.
Marit Boiler, M.P.H.
Denise Canso, M.Sc.
Smita N. Deshpande, M.D., D.P.M.
Ravi DeSilva, M.D.
Esperanza Diaz, M.D.
Byron J. Good, Ph.D.
Simon Groen, M.A.
Ladson Hinton, M.D.
Lincoln I. Khasakhala, Ph.D.
Francis G. Lu, M.D.
Athena Madan, M.A.
Anne W. Mbwayo, Ph.D.
Oanh Meyer, Ph.D.
Victoria N. Mutiso, Ph.D., D.Sc.
David M. Ndetei, M.D.
Andel V. Nicasio, M.S.Ed.
Vasudeo Paralikar, M.D., Ph.D.
Kanak Patil, M.A.
Filipa I. Santos, H.B.Sc.
Sanjeev B. Sarmukaddam, Ph.D., M.Sc.
Monica Z. Scalco, M.D., Ph.D.
Katie Thompson, M.A.
Hendry Ton, M.D., M.Sc.
Rob C.J. van Dijk, M.Sc.
William A. Vega, Ph.D.
Johann M. Vega-Dienstmaier, M.D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D.

Interfaz Psiquiatría/Medicina General

Daniel J. Balog, M.D.
Charles C. Engel, M.D., M.P.H.
Charles D. Motsinger, M.D.

Deterioro y discapacidad

Cille Kennedy, Ph.D.

Instrumentos de evaluación diagnóstica

Paul J. Pikonis, Ph.D.

Otros trastornos que pueden ser un foco de atención clínica

William E. Narrow, M.D., M.P.H., Chair
Roger Peele, M.D.
Lawson R. Wulsin, M.D.
Charles H. Zeanah, M.D.
Prudence W. Fisher, Ph.D., Advisor
Stanley N. Caroff, M.D., Contributor/Consultant
James B. Lohr, M.D., Contributor/Consultant
Marianne Wambolt, Ph.D., Contributor/Consultant

Grupo de investigación del DSM-5

Allan Donner, Ph.D.

Revisores del CCSP

Kenneth Altshuler, M.D.
Pedro G. Alvarenga, M.D.
Diana J. Antonacci, M.D.
Richard Balon, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
L. Jarrett Barnhill, M.D.
Katja Beesdo-Baum, Ph.D.
Marty Boman, Ed.D.
James Bourgeois, M.D.
David Braff, M.D.
Harry Brandt, M.D.
Kirk Brower, M.D.
Rachel Bryant-Waugh, Ph.D.
Jack D. Burke Jr., M.D., M.P.H.
Brenda Bursch, Ph.D.
Joseph Camilleri, M.D.
Patricia Casey, M.D.
F. Xavier Castellanos, M.D.
Eran Chemerinski, M.D.
Wai Chen, M.D.
Elie Cheniaux, M.D., D.Sc.
Cheryl Chessick, M.D,
J. Richard Ciccone, M.D.
Anita H. Clayton, M.D.
Tihalia J. Coleman, Ph.D.
John Csernansky, M.D.
Manuel J. Cuesta M.D., Ph.D.
Joanne L. Davis, M.D.
David L. Delmonico, Ph.D.
Ray J. DePaulo, M.D.
Dimitris Dikeos, M.D.
Ina E. Djonlagic, M.D.
C. Neill Epperson, M.D.
Javier I. Escobar, M.D., M.Sc.
Spencer Eth, M.D.
David Fassler, M.D.
Giovanni A. Fava, M.D.
Robert Feinstein, M.D.
Molly Finnerty, M.D.
Mark H. Fleisher, M.D.
Alessio Florentini, M.D.
Laura Fochtmann, M.D.
Marshal Forstein, M.D.
William French, M.D.
Maximillian Gahr, M.D.
Cynthia Geppert, M.D.
Ann Germaine, Ph.D.
Marcia Goin, M.D.
David A. Gorelick, M.D., Ph.D.
David Graeber, M.D.
Cynthia A. Graham, Ph.D.
Andreas Hartmann, M.D.
Victoria Hendrick, M.D.
Merrill Herman, M.D.
David Herzog, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Ya-fen Huang, M.D.
Anthony Kales, M.D
Niranjan S. Karnik, M.D., Ph.D.
Jeffrey Katzman, M.D.
Bryan King, M.D.
Cecilia Kjellgren, M.D.
Harold W. Koenigsberg, M.D.
Richard B. Krueger, M.D.
Steven Lamberti, M.D.
Ruth A. Lanius, M.D.
John Lauriello, M.D.
Anthony Lehman, M.D.
Michael Linden, M.D.
Mark W. Mahowald, M.D.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Stephen Marder, M.D.
Wendy Marsh, M.D.
Michael S. McCloskey, Ph.D.
Jeffrey Metzner, M.D.
Robert Michels, M.D.
Laura Miller, M.D.
Michael C. Miller, M.D.
Frederick Moeller, M.D.
Peter T. Morgan, M.D., Ph.D.
Madhav Muppa, M.D.
Philip Muskin, M.D.

Joachim Nitschke, M.D.
Abraham Nussbaum, M.D.
Ann Olincy, M.D.
Mark Onslow, Ph.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
John R. Peteet, M.D.
Ismene L. Petrakis, M.D.
Christophe M. Pfeiffer, M.D.
Karen Pierce, M.D.
Belinda Plattner, M.D.
Franklin Putnam, M.D.
Stuart F. Quan, M.D.
John Racy, M.D.
Phillip Resnick, M.D.
Michele Riba, M.D.
Jerold Rosenbaum, M.D.
Stephen Ross, M.D.
Lawrence Scahill, M.S.N., Ph.D.
Daniel Schechter, M.D.
Mary V. Seeman, M.D.
Alessandro Serretti, M.D.
Jianhua Shen, M.D.
Ravi Kumar R. Singareddy, M.D.
Ingmar Skoog, M.D., Ph.D.
Gary Small, M.D.
Paul Soloff, M.D.
Christina Stadler, M.D., Ph.D.
Nada Stotland, M.D.
Neil Swerdlow, M.D.
Kim Tillery, Ph.D.
David Tolin, Ph.D.
Jayne Trachman, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D.
Richard Tuch, M.D.
Johan Verhulst, M.D.
B. Timothy Walsh, M.D.
Michael Weissberg, M.D.
Godehard Weniger, M.D.
Keith Widaman, Ph.D.
Thomas Wise, M.D.
George E. Woods, M.D.
Kimberly A. Yonkers, M.D.
Alexander Young, M.D.

Estudios de campo del DSM-5 en centros clínicos académicos-Muestras de adultos

David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles

Investigador

Helen Lavretsky, M.D., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Jessica Brommelhoff, Ph.D.
Xavier Cagigas, Ph.D.
Paul Cernin, Ph.D.
Linda Ercoli, Ph.D.
Randall Espinoza, M.D.
Helen Lavretsky, M.D.
Jeanne Kim, Ph.D.
David Merrill, M.D.
Karen Miller, Ph.D.
Christopher Nunez, Ph.D.

Coordinadores de investigación

Natalie St. Cyr, M.A., Coordinador de investigación lider
Nora Nazarian, B.A.
Colin Shinn, M.A.

Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada

Investigadores

Bruce G. Pollock, M.D., Ph.D., Investigador principal lider
R. Michael Bagby, Ph.D., Investigador principal
Kwame J. McKenzie, M.D., Investigador principal
Tony P. George, M.D., Co-investigador
Lena C. Quilty, Ph.D., Co-investigador
Peter Voore, M.D., Co-investigador

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Donna E. Akman, Ph.D.
R. Michael Bagby, Ph.D.
Wayne C. V. Baici, M.D.
Crystal Baluyut, M.D.
Eva W. C. Chow, M.D., J.D., M.P.H.
Z. J. Daskalakis, M.D., Ph.D.
Pablo Diaz-Hermosillo, M.D.
George Foussias, M.Sc., M.D.
Paul A. Frewen, Ph.D.
Ariel Graff-Guerrero, M.D., M.Sc., Ph.D.
Margaret K. Hahn, M.D.
Lorena Hsu, Ph.D.
Justine Joseph, Ph.D.
Sean Kidd, Ph.D.
Kwame J. McKenzie, M.D.
Mahesh Menon, Ph.D.
Romina Mizrahi, M.D., Ph.D.
Daniel J. Mueller, M.D., Ph.D.
Lena C. Quilty, Ph.D.
Anthony C. Ruocco, Ph.D.

Jorge Soni, M.D.
Aristotle N. Voineskos, M.D., Ph.D.
George Voineskos, M.D.
Peter Voore, Ph.D.
Chris Watson, Ph.D.

Clínicos que derivan pacientes

Ofer Agid, M.D.
Ash Bender, M.D.
Patricia Cavanagh, M.D.
Sarah Colman, M.D.
Vincenzo Deluca, M.D.
Justin Geagea, M.D.
David S. Goldbloom, M.D.
Daniel Greben, M.D.
Malati Gupta, M.D.
Ken Harrison, M.D.
Imraan Jeeva, M.D.
Joel Jeffries, M.B.
Judith Laposa, Ph.D.
Jan Malat, M.D.
Shelley McMain, Ph.D.
Bruce Pollock, M.D., Ph.D.
Andriy V. Samokhvalov, M.D., Ph.D.
Martin Strassnig, M.D.
Albert H. C. Wong, M.D., Ph.D.

Coordinadores de investigación

Gloria I. Leo, M.A., Coordinador de investigación lider
Anissa D. Bachan, B.A.
Bahar Haji-Khamneh, M.A.
Olga Likhodi, M.Sc.
Eleanor J. Liu, Ph.D.
Sarah A. McGee Ng, B.B.A.

Otro personal de investigación

Susan E. Dickens, M.A., Director de investigación clínica
Sandy Richards, B.Sc.N., Director de investigación en esquizofrenia

Dallas VA Medical Center, Dallas, Texas

Investigadores

Carol S. North, M.D., M.P.E., Investigador principal
Alina Suris, Ph.D., A.B.P.P., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Barry Ardolf, Psy.D.
Abila Awan, M.D.
Joel Baskin, M.D.
John Black, Ph.D.
Jeffrey Dodds, Ph.D.
Gloria Emmett, Ph.D.
Karma Hudson, M.D.
Jamylah Jackson, Ph.D., A.B.P.P.
Lynda Kirkland-Culp, Ph.D., A.B.P.P.
Heidi Koehler, Ph.D., A.B.P.P.
Elizabeth Lewis, Psy.D.
Aashish Parikh, M.D.
Reed Robinson, Ph.D.
Jheel Shah, M.D.
Geetha Shivakumar, M.D.
Sarah Spain, Ph.D., A.B.P.P.
Lisa Thoman, Ph.D.
Lia Thomas, M.D.
Jamie Zabukovec, Psy.D.
Mustafa Zaidi, M.D.
Andrea Zartman, Ph.D.

Fuentes de derivación general

Robert Blake, L.M.S.W.
Evelyn Gibbs, L.M.S.W.
Michelle King-Thompson, L.M.S.W.

Coordinadores de investigación

Jeannie B. Whitman, Ph.D., Coordinador de investigación lider
Sunday Adewuyi, M.D.
Elizabeth Anderson, B.A.
Solaleh Azimipour, B.S.
Carissa Barney, B.S.
Kristie Cavazos, B.A.
Robert Devereaux, B.S.
Dana Downs, M.S., M.S.W.
Sharjeel Farooqui, M.D.
Julia Smith, Psy.D.
Kun-Ying H. Sung, B.S.

School of Medicine, The University of Texas San Antonio, San Antonio, Texas

Investigador

Mauricio Tohen, M.D., Dr.P.H., M.B.A., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Suman Baddam, Psy.D.
Charles L. Bowden, M.D.
Nancy Diazgranados, M.D., M.S.
Craig A. Dike, Psy.D.
Dianne E. Dunn, Psy.D., M.P.H.
Elena Gherman, M.D.
Jodi M. Gonzalez, Ph.D.
Pablo Gonzalez, M.D.
Phillip Lai, Psy.D.

Natalie Maples-Aguilar, M.A., L.P.A.
Marlon P. Quinones, M.D.
Jeslina J. Raj, Psy.D.
David L. Roberts, Ph.D.
Nancy Sandusky, R.N., F.P.M.H.N.P.-B.C., D.N.P.-C.
Donna S. Stutes, M.S., L.P.C.
Mauricio Tohen, M.D., Dr.PH, M.B.A.
Dawn I. Velligan, Ph.D.
Weiran Wu, M.D., Ph.D.

Clínicos que derivan pacientes

Albana Dassori, M.D.
Megan Frederick, M.A.
Robert Gonzalez, M.D.
Uma Kasinath, M.D.
Camis Milam, M.D.
Vivek Singh, M.D.
Peter Thompson, M.D.

Coordinadores de investigación

Melissa Hernandez, B.A., Coordinador de investigación lider
Fermin Alejandro Carrizales, B.A.
Martha Dahl, R.N., B.S.N.
Patrick M. Smith, B.A.
Nicole B. Watson, M.A.

Michael E. DeBakey VA Medical Center and the Menninger Clinic, Houston, Texas (Sitios de estudios conjuntos)

Michael E. DeBakey VA Medical Center

Investigador

Laura Marsh, M.D., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Shalini Aggarwal, M.D.
Su Bailey, Ph.D.
Minnete (Helen) Beckner, Ph.D.
Crystal Clark, M.D.
Charles DeJohn, M.D.
Robert Garza, M.D.
Aruna Gottumakkla, M.D.
Janet Hickey, M.D.
James Ireland, M.D.
Mary Lois Lacey, A.P.R.N.
Wendy Leopoulos, M.D.
Laura Marsh, M.D.
Deleene Menefee, Ph.D.
Brian I. Miller, Ph.D.
Candy Smith, Ph.D.
Avila Steele, Ph.D.
Jill Wanner, Ph.D.
Rachel Wells, Ph.D.
Kaki York-Ward, Ph.D.

Clínicos que derivan pacientes

Sara Allison, M.D.
Leonard Denney, L.C.S.W.
Catherine Flores, L.C.S.W.
Nathalie Marie, M.D.
Christopher Martin, M.D.
Sanjay Mathew, M.D.
Erica Montgomery, M.D.
Gregory Scholl, P.A.
Jocelyn Ulanday, M.D., M.P.H.

Coordinadores de investigación

Sarah Neely Torres, B.S., Coordinador de investigación lider
Kathleen Grout, M.A.
Lea Kiefer, M.P.H.
Jana Tran, M.A.

Asistentes de investigación voluntarios

Catherine Clark
Linh Hoan

Menninger Clinic

Investigador

Efrain Bleiberg, M.D., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Jennifer Baumgardner, Ph.D.
Elizabeth Dodd Conaway, L.C.S.W., B.C.D.
Warren Christianson, D.O.
Wesley Clayton, L.M.S.W.
J. Christopher Fowler, Ph.D.
Michael Groat, Ph.D.
Edythe Harvey, M.D.
Denise Kagan, Ph.D.
Hans Meyer, L.C.S.W.
Segundo Robert-Ibarra, M.D.
Sandhya Trivedi, M.D.
Rebecca Wagner, Ph.D.
Harrell Woodson, Ph.D.
Amanda Yoder, L.C.S.W.

Clínicos que derivan pacientes

James Flack, M.D.
David Ness, M.D.

Coordinadores de investigación

Steve Herrera, B.S., M.T., Coordinador de investigación lider
Allison Kalpakci, B.A.

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

Investigadores

Mark A. Frye, M.D., Investigador principal
Glenn E. Smith, Ph.D., Investigador principal
Jeffrey P. Staab M.D., M.S., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Osama Abulseoud, M.D.
Jane Cerhan, Ph.D.
Julie Fields, Ph.D.
Mark A. Frye, M.D.
Manuel Fuentes, M.D.
Yonas Geda, M.D.
Maria Harmandayan, M.D.
Reba King, M.D.
Simon Kung, M.D.
Mary Machuda, Ph.D.
Donald McAlpine, M.D.
Alastair McKean, M.D.
Juliana Moraes, M.D.
Teresa Rummans, M.D.
James R. Rundell, M.D.
Richard Seime, Ph.D.
Glenn E. Smith, Ph.D.
Christopher Sola, D.O.
Jeffrey P. Staab M.D., M.S.
Marin Veldic, M.D.
Mark D. Williams, M.D.
Maya Yustis, Ph.D.

Coordinadores de investigación

Lisa Seymour, B.S., Coordinador de investigación lider
Scott Feeder, M.S.
Lee Gunderson, B.S.
Sherrie Hanna, M.A., L.P.
Kelly Harper, B.A.
Katie Mingo, B.A.
Cynthia Stoppel, A.S.

Otro personal del estudio

Anna Frye
Andrea Hogan

Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Investigadores

Mahendra T. Bhati, M.D., Investigador principal
Marna S. Barrett, Ph.D., Co-investigador
Michael E. Thase, M.D., Co-investigador

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Peter B. Bloom, M.D.
Nicole K Chalmers L.C.S.W.
Torrey A. Creed, Ph.D.
Mario Cristancho, M.D.
Amy Cunningham, Psy.D.
John P. Dennis, Ph.D.
Josephine Elia, M.D.
Peter Gariti, Ph.D., L.C.S.W.
Philip Gehrman, Ph.D.
Laurie Gray, M.D.
Emily A.P. Haigh, Ph.D.
Nora J. Johnson, M.B.A., M.S., Psy.D.
Paulo Knapp, M.D.
Yong-Tong Li, M.D.
Bill Mace, Ph.D.
Kevin S. McCarthy, Ph.D.
Dimitri Perivoliotis, Ph.D.
Luke Schultz, Ph.D.
Tracy Steen, Ph.D.
Chris Tjoa, M.D.
Nancy A. Wintering, L.C.S.W.

Clínicos que derivan pacientes

Eleanor Ainslie, M.D.
Kelly C. Allison, Ph.D.
Rebecca Aspden, M.D.
Claudia F. Baldassano, M.D.
Vijayta Bansal, M.D.
Rachel A. Bennett, M.D.
Richard Bollinger, Ph.D.
Andrea Bowen, M.D.
Karla Campanella, M.D.
Anthony Carlino, M.D.
Noah Carroll, M.S.S.
Alysia Cirona, M.D.
Samuel Collier, M.D.
Andreea Crauciuc, L.C.S.W.
Pilar Cristancho, M.D.
Traci D'Almeida, M.D.
Kathleen Diller, M.D.
Benoit Dubé, M.D.
Jon Dukes, M.S.W.
Lauren Elliott, M.D.
Mira Elwell, B.A.
Mia Everett, M.D.
Lucy F. Faulconbridge, Ph.D.
Patricia Furlan, Ph.D.
Joanna Goldstein, L.C.S.W.
Paul Grant, Ph.D.
Jillian Graves, L.C.S.W.
Tamar Gur, M.D., Ph.D.
Alisa Gutman, M.D., Ph.D.
Nora Hymowitz, M.D.
Sofia Jensen, M.D.
Tiffany King, M.S.W.
Katherine Levine, M.D.

Alice Li, M.D.
Janet Light, L.C.S.W.
John Listerud, M.D., Ph.D.
Emily Malcoun, Ph.D.
Donovan Maust, M.D.
Adam Meadows, M.D.
Michelle Moyer, M.D.
Rebecca Naugle, L.C.S.W.
Cory Newman, Ph.D.
John Northrop, M.D., Ph.D.
Elizabeth A. Ellis Ohr, Psy.D.
John O'Reardon, M.D.
Abraham Pachikara, M.D.
Andrea Perelman, M.S.W.
Diana Perez, M.S.W.
Bianca Previdi, M.D.
J. Russell Ramsay, Ph.D.
Jorge Rivera-Colon, M.D.
Jan Smedley, L.C.S.W.
Katie Struble, M.S.W.
Aita Susi, M.D.
Yekaterina Tatarchuk, M.D.
Ellen Tarves, M.A.
Allison Tweedie, M.D.
Holly Valerio, M.D.
Thomas A. Wadden, Ph.D.
Joseph Wright, Ph.D.
Yan Xuan, M.D.
David Yusko, Psy.D.

Coordinadores de investigación

Jordan A. Coello, B.A., Coordinador de investigación lider
Eric Wang, B.S.E.

Asistentes de investigación voluntarios/internos

Jeannine Barker, M.A., A.T.R.
Jacqueline Baron
Kelsey Bogue
Alexandra Ciomek
Martekuor Dodoo, B.A.
Julian Domanico
Laura Heller, B.A.
Leah Hull-Rawson, B.A.
Jacquelyn Klehm, B.A.
Christina Lam
Dante Proetto, B.S.
Molly Roy
Casey Shannon

Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Investigadores

Carl Feinstein, M.D., Principal Investigator
Debra Safer, M.D., Principal Investigator

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Kari Berquist, Ph.D.
Eric Clausell, Ph.D.
Danielle Colborn, Ph.D.
Whitney Daniels, M.D.
Alison Darcy, Ph.D.
Krista Fielding, M.D.
Mina Fisher, M.D.
Kara Fitzpatrick, Ph.D.
Wendy Froehlich, M.D.
Grace Gengoux, Ph.D.
Anna Cassandra Golding, Ph.D.
Lisa Groesz, Ph.D.
Kyle Hinman, M.D.
Rob Holaway, Ph.D.
Matthew Holve, M.D.
Rex Huang, M.D.
Nina Kirz, M.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
John Leckie, Ph.D.
Naomi Leslie, M.D.
Adrianne Lona, M.D.
Ranvinder Rai, M.D.
Rebecca Rialon, Ph.D.
Beverly Rodriguez, M.D., Ph.D.
Debra Safer, M.D.
Mary Sanders, Ph.D.
Jamie Scaletta, Ph.D.
Norah Simpson, Ph.D.
Manpreet Singh, M.D.
Maria-Christina Stewart, Ph.D.
Melissa Vallas, M.D.
Patrick Whalen, Ph.D.
Sanno Zack, Ph.D.

Clínicos que derivan pacientes

Robin Apple, Ph.D.
Victor Carrion, M.D.
Carl Feinstein, M.D.
Christine Gray, Ph.D.
Antonio Hardan, M.D.
Megan Jones, Psy.D.
Linda Lotspeich, M.D.
Lauren Mikula, Psy.D.
Brandyn Street, Ph.D.
Violeta Tan, M.D.
Heather Taylor, Ph.D.
Jacob Towery, M.D.
Sharon Williams, Ph.D.

Coordinadores de investigación

Kate Arnow, B.A., Coordinador de investigación lider
Nandini Datta, B.S.
Stephanie Manasse, B.A.

Asistentes de investigación voluntarios/Internos

Arianna Martin, M.S.
Adriana Nevado, B.A.

Children's Hospital Colorado, Aurora, Colorado

Investigador

Marianne Wamboldt, M.D., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Galia Abadi, M.D.
Steven Behling, Ph.D.
Jamie Blume, Ph.D.
Adam Burstein, M.D.
Debbie Carter, M.D.
Kelly Caywood, Ph.D.
Meredith Chapman, M.D.
Paulette Christian, A.P.P.M.H.N.
Mary Cook, M.D.
Anthony Cordaro, M.D.
Audrey Dumas, M.D.
Guido Frank, M.D.
Karen Frankel, Ph.D.
Darryl Graham, Ph.D.
Yael Granader, Ph.D.
Isabelle Guillemet, M.D.
Patrece Hairston, Ph.D.
Charles Harrison, Ph.D.
Tammy Herckner, L.C.S.W.
Cassie Karlsson, M.D.
Kimberly Kelsay, M.D.
David Kieval, Ph.D.
Megan Klabunde, Ph.D.
Jaimelyn Kost, L.C.S.W.
Harrison Levine, M.D.
Raven Lipmanson, M.D.
Susan Lurie, M.D.
Asa Marokus, M.D.
Idalia Massa, Ph.D.
Christine McDunn, Ph.D.
Scot McKay, M.D.
Marissa Murgolo, L.C.S.W.
Alyssa Oland, Ph.D.
Lina Patel, Ph.D.
Rheena Pineda, Ph.D.
Gautam Rajendran, M.D.
Diane Reichmuth, Ph.D
Michael Rollin, M.D.
Marlena Romero, L.C.S.W.
Michelle Roy, Ph.D.
Celeste St. John-Larkin, M.D.
Elise Sannar, Ph.D.
Daniel Savin, M.D.
Claire Dean Sinclair, Ph.D.
Ashley Smith, L.C.S.W.
Mindy Solomon, Ph.D.
Sally Tarbell, Ph.D.
Helen Thilly, L.C.S.W.
Sara Tlustos-Carter, Ph.D.
Holly Vause, A.P.P.M.H.N
Marianne Wamboldt, M.D.
Angela Ward, L.C.S.W.
Jason Williams, Ph.D.
Jason Willoughby, Ph.D.
Brennan Young, Ph.D.

Clínicos que derivan pacientes

Kelly Bhatnagar, Ph.D.
Jeffery Dolgan, Ph.D.
Jennifer Eichberg, L.C.S.W.
Jennifer Hagman, M.D.
James Masterson, L.C.S.W.
Hy Gia Park, M.D.
Tami Roblek, Ph.D.
Wendy Smith, Ph.D.
David Williams, M.D.

Coordinadores de investigación

Laurie Burnside, M.S.M., C.C.R.C., Coordinador de investigación lider
Darci Anderson, B.A., C.C.R.C.
Heather Kennedy, M.P.H.
Amanda Millar, B.A.
Vanessa Waruinge, B.S.
Elizabeth Wallace, B.A.

Asistentes de investigación voluntarios/internos

Wisdom Amouzou
Ashley Anderson
Michael Richards
Mateya Whyte

Baystate Medical Center, Springfield, Massachusetts

Investigadores

Bruce Waslick, M.D., Investigador principal
Cheryl Bonica, Ph.D., Co-investigador
John Fanton, M.D., Co-investigador
Barry Sarvet, M.D., Co-investigador

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Julie Bermant, R.N., M.S.N., N.P.
Cheryl Bonica, Ph.D.
Jodi Devine, L.I.C.S.W.
William Fahey, Ph.D.
John Fanton, M.D.

Stephane Jacobus, Ph.D.
Barry Sarvet, M.D.
Peter Thunfors, Ph.D.
Bruce Waslick, M.D.
Vicki Weld, L.I.C.S.W.
Sara Wiener, L.I.C.S.W.
Shadi Zaghloul, M.D.

Clínicos que derivan pacientes

Sarah Detenber, L.I.C.S.W.
Gordon Garrison, L.I.C.S.W.
Jacqueline Humpreys, L.I.C.S.W.
Noreen McGirr, L.I.C.S.W.
Sarah Marcotte, L.C.S.W.
Patricia Rogowski, R.N., C.N.S.

Coordinadores de investigación

Julie Kingsbury, C.C.R.P., Coordinador de investigación lider
Brenda Martin, B.A.

Asistente de investigación voluntario/ Interno

Liza Detenber

New York State Psychiatric Institute, New York, N.Y., Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions, New York and White Plains, N.Y., and North Shore Child and Family Guidance Center, Roslyn Heights, N.Y. (Sitios de estudios conjuntos)

Investigador

Prudence W. Fisher, Ph.D., Investigador principal

Coordinadores de investigación

Julia K. Carmody, B.A., Coordinador de investigación lider
Zvi R. Shapiro, B.A., Coordinador de investigación lider

Voluntarios

Preeya Desai
Samantha Keller
Jeremy Litfin, M.A.
Sarah L. Pearlstein, B.A.
Cedilla Sacher

New York State Psychiatric Institute

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Michele Cohen, L.C.S.W.
Eduvigis Cruz-Arrieta, Ph.D.
Miriam Ehrensaft, Ph.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Schuyler Henderson, M.D., M.P.H.
Sharlene Jackson, Ph.D.
Lindsay Moskowitz, M.D.
Sweene C. Oscar, Ph.D.
Xenia Protopopescu, M.D.
James Rodriguez, Ph.D.
Gregory Tau, M.D.
Melissa Tebbs, L.C.S.W.
Carolina Velez-Grau, L.C.S.W.
Khadijah Booth Watkins, M.D.

Clínicos que derivan pacientes

George Alvarado, M.D.
Alison Baker, M.D.
Elena Baron, Psy.D.
Lincoln Bickford, M.D., Ph.D.
Zachary Blumkin, Psy.D.
Colleen Cullen, L.C.S.W.
Chyristianne DeAlmeida, Ph.D.
Matthew Ehrlich, M.D.
Eve Friedl, M.D.
Clare Gaskins, Ph.D.
Alice Greenfield, L.C.S.W.
Liora Hoffman, M.D.
Kathleen Jung, M.D.
Karimi Mailutha, M.D., M.P.H.
Valentina Nikulina, Ph.D.
Tal Reis, Ph.D.
Moira Rynn, M.D.
Jasmine Sawhney, M.D.
Sarajbit Singh, M.D.
Katherine Stratigos, M.D.
Oliver Stroeh, M.D.
Russell Tobe, M.D.
Meghan Tomb, Ph.D.
Michelle Tricamo, M.D.

Coordinadores de investigación

Angel A. Caraballo, M.D.
Erica M. Chin, Ph.D.
Daniel T. Chrzanowski, M.D.
Tess Dougherty, B.A.
Stephanie Hundt, M.A.
Moira A. Rynn, M.D.
Deborah Stedge, R.N.

Weill Cornell Medical College, Payne Whitney and Westchester Divisions

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Archana Basu, Ph.D.
Shannon M. Bennett, M.D.
Maria De Pena-Nowak, M.D.
Jill Feldman, L.M.S.W.
Dennis Gee, M.D.
Jo R. Hariton, Ph.D.
Lakshmi P. Reddy, M.D.
Margaret Yoon, M.D.
Jodi Gold, M.D.
Tejal Kaur, M.D.
Aaron Krasner, M.D.
Amy Miranda, L.C.S.W.
Cynthia Pfeffer, M.D.
James Rebeta, Ph.D.
Sharon Skariah, M.D.
Jeremy Stone, Ph.D.
Dirk Winter, M.D.

Clínicos que derivan pacientes

Margo Benjamin, M.D.
Vanessa Bobb, M.D.
Elizabeth Bochtler, M.D.
Katie Cave, L.C.S.W.
Maalobeeka Gangopadhyay, M.D.

Coordinadores de investigación

Alex Eve Keller, B.S., Coordinador de investigación lider
Nomi Bodner (voluntario)
Barbara L. Flye, Ph.D.
Jamie S. Neiman (voluntario)
Rebecca L. Rendleman, M.D.

North Shore Child and Family Guidance Center

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Casye Brachfeld-Launer, L.C.S.W.
Susan Klein Cohen, Ph.D.
Amy Gelb, L.C.S.W.-R.
Jodi Glasser, L.C.S.W.
Elizabeth Goulding-Tag, L.C.S.W.
Deborah B. Kassimir, L.C.S.W.
Margo Posillico Messina, L.C.S.W.
Andréa Moullin-Heddle, L.M.S.W.
Lisa Pineda, L.C.S.W.
Elissa Smilowitz, L.C.S.W.
Bruce Kaufstein, L.C.S.W.-R, Director de servicios clínicos
Kathy Knaust, L.C.S.W.
John Levinson, L.C.S.W.-R, B.C.D.
Andrew Maleckoff, L.C.S.W., Director ejecutivo/CEO
Sarah Rosen, L.C.S.W.-R, A.C.S.W.
Abigail Rothenberg, L.M.S.W.
Christine Scotten, A.C.S.W.
Michelle Spatano, L.C.S.W.-R.
Diane Straneri, M.S., R.N., C.S.
Rosara Torrisi, L.M.S.W.
Rob Vichnis, L.C.S.W.

Clínicos que derivan pacientes

Regina Barros-Rivera, L.C.S.W.-R. Director ejecutivo adjunto
Maria Christiansen, B.S.
Amy Davies-Hollander, L.M.S.W.
Eartha Hackett, M.S.Ed., M.Sc., B.Sc.

Coordinadores de investigación

Toni Kolb-Papetti, L.C.S.W.
Sheena M. Dauro (voluntario)

Estudio de campo piloto del DSM-5, Johns Hopkins Medical Institution, Baltimore, Maryland

Muestra de adultos

Community Psychiatry Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Main Campus

Investigadores

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O., Investigador principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Investigador principal

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Bernadette Cullen, M.B., B.Ch., B.A.O.
Shane Grant, L.C.S.W.-C.
Charee Green, L.C.P.C.
Emily Lorensen, L.C.S.W.-C.
Kathleen Malloy, L.C.P.C.
Gary Pilarchik, L.C.S.W.-C
Holly Slater, L.C.P.C.
Stanislav Spivak, M.D.
Tarcia Spencer Turner, L.C.P.C.
Nicholas Seldes Windt, L.C.S.W.-C.

Coordinadores de investigación

Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Muestra pediátrica

Child and Adolescent Outpatient Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences Bayview Medical Center

Investigadores

Joan P. Gerring, M.D., Investigador principal
Leslie Miller, M.D., Investigador principal
Holly C. Wilcox, Ph.D., Co-investigator

Clínicos que derivan pacientes y entrevistan

Shannon Barnett, M.D.
Gwen Condon, L.C.P.C.
Brijan Fellows, L.C.S.W.-C.
Heather Garner, L.C.S.W.-C.
Joan P. Gerring, M.D.
Anna Gonzaga, M.D.
Debra Jenkins, L.C.S.W.-C.
Paige N. Johnston, L.C.P.C.
Brenda Memel, D.N.P., R.N.
Leslie Miller, M.D.
Ryan Moore, L.C.S.W.-C.
Shauna Reinblatt, M.D.
Monique Vardi, L.C.P.C.

Coordinadores de investigación

Mellisha McKitty, B.A.
Alison Newcomer, M.H.S.

Estudios de campo del DSM-5 en dispositivos de práctica clínica habitual: Investigadores colaboradores

Archil Abashidze, M.D.
Francis R. Abueg, Ph.D.
Jennifer Louise Accuardi, M.S.
Balkozar S. Adam, M.D.
Miriam E. Adams, Sc.D., M.S.W., L.I.C.S.W.
Suzanna C. Adams, M.A.
Lawrence Adler, M.D.
Rownak Afroz, M.D.
Khalid I. Afzal, M.D.
Joseph Alimasuya, M.D.
Emily Allen, M.S.
Katherine A. Allen, L.M.F.T., M.A.
William D. Allen, M.S.
Jafar AlMashat, M.D.
Anthony T. Alonzo, D.M.F.T.
Guillermo Alvarez, B.A., M.A.
Angela Amoia-Lutz, L.M.F.T.
Krista A. Anderson, M.A., L.M.F.T.
Lisa R. Anderson, M.Ed., L.C.P.C.
Pamela M. Anderson, L.M.F.T.
Shannon N. Anderson, M.A., L.P.C., N.C.C.
Eric S. Andrews, M.A.
Vicki Arbuckle, M.S., Nursing(N.P.)
Namita K. Arora, M.D.
Darryl Arrington, M.A.
Bearlyn Y. Ash, M.S.
Wylie J. Bagley, Ph.D.
Kumar D. Bahl, M.D.
Deborah C. Bailey, M.A., M.S., Ph.D.
Carolyn Baird, D.N.P., M.B.A., R.N.-B.C., C.A.R.N.-A.P., I.C.C.D.P.D.
Joelle Bangsund M.S.W.
Maria Baratta, M.S.W., Ph.D.
Stan Barnard, M.S.W.
Deborah Barnes, M.S.
Margaret L. Barnes, Ph.D.
David Barnum, Ph.D.
Raymond M. Baum, M.D.
Edward Wescott Beal, M.D.
Michelle Beaudoin, M.A.
Ernest E. Beckham, Ph.D.
Lori L. Beckwith, M.Ed
Emmet Bellville, M.A.
Randall E. Bennett, M.A.
Lynn Benson, Ph.D.
Robert Scott Benson, M.D.
Linda Benton, M.S.W.
Ditza D. Berger, Ph.D.
Louise I. Bertman, Ph.D.
Robin Bieber, M.S., L.M.F.T.
Diana M. Bigham, M.A.
David R. Blackburn, Ph.D.
Kelley Blackwell, L.M.F.T.
Lancia Blatchley, B.A., L.M.F.T.
Stacey L. Block, L.M.S.W., A.C.S.W.
Karen J. Bloodworth, M.S., N.C.C., L.P.C.
Lester Bloomenstiel, M.S.
Christine M. Blue, D.O.
Marina Bluvshtein, Ph.D.
Callie Gray Bobbitt, M.S.W., L.C.S.W.
Moses L. Boone, Jr., L.M.S.W., B.C.D.
Steffanie Boudreau-Thomas, M.A.-L.P.C.
Jay L. Boulter, M.A.
Aaron Daniel Bourne, M.A.
Helen F. Bowden, Ph.D.
Aryn Bowley-Safranek, B.S., M.S.
Elizabeth Boyajian, Ph.D.
Beth K. Boyarsky, M.D.
Gail M. Boyd, Ph.D.
Jeffrey M. Brandler, Ed.S., C.A.S., S.A.P.

Sandra L. Branton, Ed.D.
Karen J. Brocco-Kish, M.D.
Kristin Brooks, P.M.H.N.P.
Ann Marie Brown, M.S.W.
Philip Brown, M.S.W.
Kellie Buckner, Ed.S.
Richard Bunt, M.D.
Neil F. Buono, D.Min.
Janice Bureau, M.S.W., L.C.S.W.
Kimlee Butterfield, M.S.W.
Claudia Byrne, Ph.D.
Quinn Callicott, M.S.W., L.C.S.W.
Alvaro Camacho, M.D., M.P.H.
Sandra Cambra, Ph.D.
Heather Campbell, M.A.
Nancy Campbell, Ph.D., M.S.W.
Karen Ranee Canada, L.M.F.T.
Joseph P. Cannavo, M.D.
Catherine F. Caporale, Ph.D.
Frederick Capps, Ph.D., M.S.
Rebecca J. Carney, M.B.A., M.A., L.M.H.C.
Kelly J. Carroll, M.S.W.
Richard W. Carroll, Ph.D., L.P.C., A.C.S.
Sherry Casper, Ph.D.
Joseph A. Catania, L.I.S.W.S., L.C.D.C. III
Manisha P. Cavendish, Ph.D.
Kenneth M. Certa, M.D.
Shambhavi Chandraiah, M.D.
Calvin Chatlos, M.D.
Daniel C. Chen, M.D.
Darlene Cheryl, M.S.W.
Matthew R. Chirman, M.S.
Carole A. Chisholm, M.S.W.
Shobha A. Chottera, M.D.
Joseph Logue Christenson, M.D.
Pamela Christy, Psy.D.
Sharon M. Freeman Clevenger, Ph.D., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Mary Ann Cohen, M.D.
Mitchell J. Cohen, M.D.
Diego L. Coira, M.D.
Melinda A. Lawless Coker, Psy.D.
Carol Cole, M.S.W., L.C.S.W.
Caron Collins, M.A., L.M.F.T.
Wanda Collins, M.S.N.
Linda Cook Cason, M.A.
Ayanna Cooke-Chen, M.D., Ph.D.
Heidi B. Cooperstein, D.O.
Ileana Corbelle, M.S.W.
Kimberly Corbett, Psy.D.
Angelina Cordova, M.A.Ed.
Jennifer Carol Cox, L.P.C.
Sheree Cox, M.A., R.N., N.C.C., D.C.C., L.M.H.C.
William Frederick Cox, M.D.
Sally M. Cox, M.S.Ed.
Debbie Herman Crane, M.S.W.
Arthur Ray Crawford, III, Ph.D.
Roula Creighton, M.D.
John R. Crossfield, L.M.H.C.
Sue Cutbirth, R.N., M.S.N, C.S., P.M.H.N.P.
Marco Antonio Cuyar, M.S.
Rebecca Susan Daily, M.D.
Lori S. Danenberg, Ph.D.
Chan Dang-Vu, M.D.
Mary Hynes Danielak, Psy.D.
Cynthia A. Darby, M.Ed., Ed.S.
Douglas Darnall, Ph.D.
Christopher Davidson, M.D.
Doreen Davis, Ph.D., L.C.S.W.
Sandra Davis, Ph.D., L.M.H.C., N.C.C.
Walter Pitts Davis, M.Th.
Christian J. Dean, Ph.D.
Kent Dean, Ph.D.
Elizabeth Dear, M.A.
Shelby DeBause, M.A.
Rebecca B. DeLaney, M.S.S.W., L.C.S.W., B.C.D.
John R. Delatorre, M.A.
Frank DeLaurentis, M.D.
Eric Denner, M.A., M.B.A.
Mary Dennihan, L.M.F.T.
Kenny Dennis, M.A.
Pamela L. Detrick, Ph.D., M.S., F.N.P.-B.C., P.M.H.N.P.-B.C., R.N.-B.C., C.A.P., G.C.A.C.
Robert Detrinis, M.D.
Daniel A. Deutschman, M.D.
Tania Diaz, Psy.D.
Sharon Dobbs, M.S.W., L.C.S.W.
David Doreau, M.Ed.
Gayle L. Dosher, M.A.
D'Ann Downey, Ph.D., M.S.W.
Beth Doyle, M.A.
Amy J. Driskill, M.S., L.C.M.F.T.
James Drury, M.D.
Brenda-Lee Duarte, M.Ed.
Shane E. Dulemba, M.S.N.
Nancy R. G. Dunbar, M.D.
Cathy Duncan, M.A.
Rebecca S. Dunn, M.S.N., A.R.N.P.
Debbie Earnshaw, M.A.
Shawna Eddy-Kissell, M.A.
Momen El Nesr, M.D.
Jeffrey Bruce Elliott, Psy.D.
Leslie Ellis, Ph.D.
Donna M. Emfield, L.C.P.C.
Gretchen S. Enright, M.D.
John C. Espy, Ph.D.
Renuka Evani, M.B.B.S., M.D.
Heather Evans, M.S.Ed, L.P.C.N.C.C.
Cesar A. Fabiani, M.D.
Fahim Fahim, M.D.
Samuel Fam, M.D.
Edward H. Fankhanel, Ph.D., Ed.D.
Tamara Farmer, M.S.N, A.R.N.P.
Farida Farzana, M.D.

Philip Fast, M.S.
Patricia Feltrup-Exum, M.A.M.F.T.
Hector J. Fernandez-Barillas, Ph.D.
Julie Ferry, M.S.W., L.I.C.S.W.
Jane Fink, Ph.D., M.S.S.A.
Kathy Finkle, L.P.C.M.H.
Steven Finlay, Ph.D.
Rik Fire, M.S.W., L.C.S.W.
Ann Flood, Ph.D.
Jeanine Lee Foreman, M.S.
Thyra Fossum, Ph.D.
Karen S. Franklin, L.I.C.S.W.
Sherre K. Franklin, M.A.
Helen R. Frey, M.A., E.D.
Michael L. Freytag, B.S., M.A.
Beth Gagnon, M.S.W.
Patrice L.R. Gallagher, Ph.D.
Angela J. Gallien, M.A.
Robert Gallo, M.S.W.
Mario Galvarino, M.D.
Vladimir I. Gasca, M.D.
Joshua Gates, Ph.D.
Anthony Gaudioso, Ph.D.
Michelle S. Gauthier, A.P.R.N., M.S.N, P.M.H.N.P.-B.C.
Rachel E. Gearhart, L.C.S.W.
Stephen D. Gelfond, M.D.
Nancy S. Gerow, M.S.
Michael J. Gerson, Ph.D.
Susan M. A. Geyer, L.M.S.W.
Lorrie Gfeller-Strouts, Ph.D.
Shubu Ghosh, M.D.
Richard Dorsey Gillespie, M.Div.
Stuart A. Gitlin, M.S.S.A.
Jeannette E. Given, Ph.D.
Frances Gizzi, L.C.S.W.
Stephen I. Glicksman, Ph.D.
Martha Glisky, Ph.D.
Sonia Godbole, M.D.
Howard M. Goldfischer, Psy.D.
Mary Jane Gonzalez-Huss, Ph.D.
Michael I. Good, M.D.
Dawn Goodman-Martin, M.A.-L.M.H.C.
Robert Gorkin, Ph.D., M.D.
Jeff Gorski, M.S.W.
Linda O. Graf, M.Ed., L.C.P.C.
Ona Graham, Psy.D.
Aubrie M. Graves, L.M.S.W., C.A.S.A.C.
Howard S. Green, M.D.
Karen Torry Green, M.S.W.
Gary Greenberg, Ph.D.
Marjorie Greenhut, M.A.
James L. Greenstone, Ed.D., J.D.
Raymond A. Griffin, Ph.D.
Joseph Grillo, Ph.D.
Janeane M. Grisez, A.A., B.A.
Lawrence S. Gross, M.D.
Robert J. Gross, M.D.
Sally J. Grosscup, Ph.D.
Philip A. Grossi, M.D.
Gabrielle Guedet, Ph.D.
Nicholas Guenzel, B.A., B.S., M.S.N.
Mary G. Hales, M.A.
Tara C. Haley, M.S., L.M.F.T.
John D. Hall, M.D.
Amy Hammer, M.S.W.
Michael S. Hanau, M.D.
Linda K.W. Hansen, M.A., L.P.
Genevieve R. Hansler, M.S.W.
Mary T. Harrington, L.C.S.W.
Lois Hartman, Ph.D.
Steven Lee Hartsock, Ph.D., M.S.W.
Victoria Ann Harwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rossi A. Hassad, Ph.D., M.P.H.
Erin V. Hatcher, M.S.N.
Richard L. Hauger, M.D.
Kimberly M. Haverly, M.A.
Gale Eisner Heater, M.S., M.F.T.
Katlin Hecox, M.A.
Brenda Heideman, M.S.W.
Melinda Heinen, M.Sc.
Marie-Therese Heitkamp, M.S.
Melissa B. Held, M.A.
Jessica Hellings, M.D.
Bonnie Helmick-O'Brien, M.A., L.M.F.T.
MaLinda T. Henderson, M.S.N, F.P.M.H.N.P.
Gwenn Herman, M.S.W.
Martha W. Hernandez, M.S.N, A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.
Robin L. Hewitt, M.S.
Kenneth Hoffman, Ph.D.
Patricia E. Hogan, D.O.
Peggy Holcomb, Ph.D.
Garland H. Holloman, Jr., M.D.
Kimberly Huegel, M.S.W., L.C.S.W.
Jason Hughes, L.P.C.-S., N.C.C.
Jennifer C. Hughes, Ph.D., M.S.W., L.I.S.W.-S.
Michelle K. Humke, M.A.
Judith G. Hunt, L.M.F.T.
Tasneem Hussainee, M.D.
Sharlene J. Hutchinson, M.S.N.
Muhammad Ikram, M.D.
Sunday Ilechukwu, M.D., D.Psy. Cli.
Douglas H. Ingram, M.D.
Marilynn Irvine, Ph.D.
Marjorie Isaacs, Psy.D.
Raymond Isackila, Ed.S., P.C.C.-S., L.I.C.D.C.
Mohammed A. Issa, M.D.
John L. Jankord, M.A.
Barbara P. Jannah, L.C.S.W.
C. Stuart Johnson, M.S.
Dawn M. Johnson, M.A.
Deanna V. Johnson, M.S., A.P.R.N., B.C.
Eric C. Johnson, M.F.T.
Joy Johnson, Ph.D., L.C.S.W.
Willard Johnson, Ph.D.

Xenia Johnson-Bhembe, M.D.
Vann S. Joines, Ph.D.
Margaret Jones, Psy.D.
Patricia Jorgenson, M.S.W.
Steven M. Joseph, M.D.
Taylere Joseph, M.A.
Jeanette M. Joyner-Craddock, M.S.S.W.
Melissa Kachapis, M.A.
Charles T. Kaelber, M.D.
Aimee C. Kaempf, M.D.
Peter Andrew Kahn, M.D.
Robert P. Kahn-Rose, M.D.
Maher Karam-Hage, M.D.
Todd H. Kasdan, M.D.
Karen Kaufman, M.S., L.M.F.T.
Rhesa Kaulia, M.A., M.F.T.
Debbie Lynn Kelly, M.S.N, P.M.H.N.P.-B.C.
W. Stephen Kelly, Ph.D.
Selena Kennedy, M.A.
Judith A. Kenney, M.S., L.P.C.
Mark Patrick Kerekes, M.D.
Alyse Kerr, M.S., N.C.C., N.A.D.D.-C.C., L.P.C.
Karen L. Kerschmann, L.C.S.W.
Marcia Kesner, M.S.
Ashan Khan, Ph.D.
Shaukat Khan, M.D.
Audrey Khatchikian, Ph.D.
Laurie B. Kimmel, M.S.W.
Jason H. King, Ph.D.
Nancy Leigh King, M.S.W., L.C.S.W., L.C.A.S.
Kyle Kinne, M.S.C
Cassandra M. Klyman, M.D.
David R. Knapp, L.C.S.W.
Margaret Knerr, M.S.
Michael R. Knox, Ph.D.
Carolyn Koblin, M.S.
Valerie Kolbert, M.S., A.R.N.P.-B.C.
Heather Koontz, M.S.W.
Faye Koop, Ph.D., L.C.M.F.T.
Fern M. Kopakin, M.S.W., L.C.S.W.
Joel Kotin, M.D.
Sharlene K. Kraemer, M.S.E.
Marjorie Vego Krausz, M.A., Ed.D.
Nancy J. Krell, M.S.W.
Mindy E. Kronenberg, Ph.D.
Dwayne Kruse, M.S., M.F.T.
Ajay S. Kuchibhatla, M.D.
Shubha N. Kumar, M.D.
Helen H. Kyomen, M.D., M.S.
Rebecca M. Lachut, M.Ed., Ed.S.
Alexis Lake, M.S.S.
Ramaswamy Lakshmanan, M.D.
Brigitta Lalone, L.C.S.W.-R
John W. Lancaster, Ph.D.
Patience R. Land, L.I.C.S.W., M.S.W., M.P.A.
Amber Lange, M.A., Ph.D.
Jeff K. Larsen, M.A.
Nathan E. Lavid, M.D.
Michelle Leader, Ph.D.
Stephen E. Lee, M.D.
Cathryn L. Leff, Ph.D., L.M.F.T.
Rachael Kollar Leombruno, L.M.F.T.
Arlene I. Lev, M.S.W., L.C.S.W.-R
Gregory K. Lewis, M.A.-L.M.F.T.
Jane Hart Lewis, M.S.
Melissa S. Lewis, M.S.W., L.I.C.S.W.
Norman Gerald Lewis, F.R.A.N.Z.C.P.
Robin Joy Lewis, Ph.D.
Ryan Michael Ley, M.D.
Tammy R. Lias, M.A.
Russell F. Lim, M.D.
Jana Lincoln, M.D.
Ted Lindberg, L.M.S.W., L.M.F.T., M.S.W.
Peggy Solow Liss, M.S.W.
Andrea Loeb, Psy.D.
William David Lohr, M.D.
Mary L. Ludy, M.A., L.M.H.C., L.M.F.T.
Nathan Lundin, M.A., L.P.C.
Veena Luthra, M.D.
Patti Lyerly, L.C.S.W.
Denise E. Maas, M.A.
Silvia MacAllister, L.M.F.T.
Nicola MacCallum, M.S., M.F.C. Therapy
Colin N. MacKenzie, M.D.
Cynthia Mack-Ernsdorff, Ph.D.
John R. Madsen-Bibeau, M.S., M.Div
Christopher J. Maglio, Ph.D.
Deepak Mahajan, M.D.
Debra Majewski, M.A.
Harish Kumar Malhotra, M.D.
Pamela Marcus, R.N., M.S.
Mary P. Marshall, Ph.D.
Flora Lynne Martin, M.A., L.P.C., A.D.C.
Robert S. Martin, M.D.
Jennifer L. Martinez, M.S.
Ninfa Martinez-Aguilar, M.A., M.F.T.
Emily Martinsen, M.S.W.
Farhan A. Matin, M.D.
Janus Maybee, P.M.H.N.P.
Karen Mazarin-Stanek, M.A.
Eben L. McClenahan, M.D., M.S.
Jerlyn C. McCleod, M.D.
Susan E. McCue, M.S.W., L.C.S.W.
Kent D. McDonald, M.S.
Daniel McDonnell, M.S.N, P.M.H.-N.P.
Robert McElhose, Ph.D.
Lisa D. McGrath, Ph.D.
Mark McGrosky, M.S.W.
Katherine M. McKay, Ph.D.
Darren D. McKinnis, M.S.W.
Mona McNelis-Broadley, M.S.W., L.C.S.W.
Rick McQuistion, Ph.D.
Susan Joy Mendelsohn, Psy.D.
Barbara S. Menninga, M.Ed.
Hindi Mermelstein, M.D., F.A.P.
Rachel B. Michaelsen, M.S.W.

Thomas F. Micka, M.D.
Tonya Miles, Psy.D.
Matthew Miller, M.S.
Michael E. Miller, M.D.
Noel Miller, L.M.S.W., M.B.A., M.P.S.
Kalpana Miriyala, M.D.
Sandra Moenssens, M.S.
Erin Mokhtar, M.A.
Robert E. Montgomery, M.Ed.
Susan Moon, M.A.
Theresa K. Moon, M.D.
David B. Moore, B.A., M.Div., M.S.S.W., Ph.D.
Joanne M. Moore, M.S.
Peter I. M. Moran, M.B.B.Ch.
Anna Moriarty, M.P.S., L.P.C., L.M.H.C.
Richard Dean Morris, M.A.
Michael M. Morrison, M.A.
Carlton E. Munson, Ph.D.
Timothy A. Murphy, M.D.
Beth L. Murphy, Psy.D.
Melissa A. Myers, M.D.
Stefan Nawab, M.D.
Allyson Matney Neal, D.N.P.
Steven Nicholas, M.A.
Aurelian N. Niculescu, M.D.
Earl S. Nielsen, Ph.D.
Terry Oleson, Ph.D.
Julianne R. Oliver, B.S., M.S., Ph.D.
Robert O. Olsen, M.D.
Amy O'Neill, M.D.
Oscar H. Oo, Psy.D., A.B.P.P.
Laurie Orlando, J.D., M.A.
Jill Osborne, M.S., Ed.S.
Kimberly Overlie, M.S.
L. Kola Oyewumi, Ph.D.
Zachary J. Pacha, M.S.W.
Suzette R. Papadakis, M.S.
Amanda C. Parsons, M.A., L.P.C.C.
Lee R. Pate, B.A., M.A.
Eric L. Patterson, L.P.C.
Sherri Paulson, M.Ed., L.S.C.W.
Peter Dennis Pautz, B.A., M.S.W.
Malinda J. Perkins, M.S.W., L.C.S.W.
Eleanor F. Perlman, M.S.W.
Deborah K. Perry, M.S.W.
Amanda Peterman, L.M.F.T.
Shawn Pflugardt, Psy.D.
Robert J. Dean Phillips, M.S.
Laura Pieper, M.S.W., L.C.S.W.
Lori D. Pink, M.S.W., B.C.D
Michael G. Pipich, M.S., L.M.F.T.
Cynthia G. Pizzulli, M.S.W., Ph.D.
Kathy C. Points, M.A.
Marya E. Pollack, M.D., M.P.H.
Sanford E. Pomerantz, M.D.
Eva Ponder, M.S.W., Psy.D.
Ernest Poortinga, M.D.
David Post, M.D.
Laura L. Post, M.D., Ph.D., J.D.
Patrick W. Powell, Ed.D.
Beth M. Prewett, Psy.D.
Robert Price, D.C.C., M.Ed.
John Pruett, M.D.
Aneita S. Radov, M.A.
Dawn M. Raffa, Ph.D.
Kavitha Raja, M.D.
Ranjit Ram, M.D.
Mohamed Ibrahim Ramadan, M.D., M.S.
Christopher S. Randolph, M.D.
Nancy Rappaport, M.Ed.
John Moir Rauenhorst, M.D.
Laurel Jean Rebenstock, L.M.S.W.
Edwin Renaud, Ph.D.
Heather J. Rhodes, M.A.
Jennifer S. Ritchie-Goodline, Psy.D.
Daniel G. Roberts, M.A.
Brenda Rohren, M.A., M.F.S., L.I.M.H.P., L.A.D.C., M.A.C.
Donna G. Rolin-Kenny, Ph.D., A.P.R.N., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Sylvia E. Rosario, M.Ed.
Mindy S. Rosenbloom, M.D.
Harvey A. Rosenstock, M.D.
Thalia Ross, M.S.S.W.
Fernando Rosso, M.D.
Barry H. Roth, M.D.
Thomas S. Rue, M.A., L.M.H.C.
Elizabeth Ruegg, L.C.S.W.
Diane Rullo, Ph.D.
Angie Rumaldo, Ph.D.
Eric Rutberg, M.A., D.H.Ed.
Joseph A. Sabella, L.M.H.C.
Kemal Sagduyu, M.D.
Adam H. Saltz, M.S.W.
Jennifer A. Samardak, L.I.S.W.-S.
George R. Samuels, M.A., M.S.W.
Carmen Sanjurjo, M.A.
John S. Saroyan, Ed.D.
Brigid Kathleen Sboto, M.A., M.F.T.
Lori Cluff Schade, M.S.
Joan E. Schaper, M.S.N.
Rae J. Schilling, Ph.D.
Larry Schor, Ph.D.
Donna J. Schwartz, M.S.W., L.I.C.S.W.
Amy J. Schwarzenbart, P.M.H.-C.N.S., B.C., A.P.N.P.
John V. Scialli, M.D.
Chad Scott, Ph.D., L.P.C.C.
Sabine Sell, M.F.T.
Minal Shah, N.S., N.C.C., L.P.C.
Lynn Shell, M.S.N.
Dharmesh Navin Sheth, M.D.
S. Christopher Shim, M.D.
Marta M. Shinn, Ph.D.
Andreas Sidiropoulos, M.D., Ph.D.
Michael Siegell, M.D.

Michael G. Simonds, Psy.D.
Gagandeep Singh, M.D.
Melissa Rae Skrzypchak, M.S.S.W., L.C.S.W.
Paula Slater, M.D.
William Bill Slaughter, M.D., M.A.
Aki Smith, Ph.D.
Deborah L. Smith, Ed.M.
Diane E. Smith, M.A., L.M.F.T.
James S. Sommer, M.S.
J. Richard Spatafora, M.D.
Judy Splittgerber, M.S.N., C.S., N.P.
Thiruneermalai T.G. Sriram, M.D.
Martha W. St. John, M.D.
Sybil Stafford, Ph.D.
Timothy Stambaugh, M.A.
Laura A. Stamboni, M.S.W.
Carol L. R. Stark, M.D.
Stephanie Steinman, M.S.
Claudia M. Stevens, M.S.W.
Jennifer Boyer Stevens, Psy.D.
Dominique Stevens-Young, M.S.W., L.C.S.W.
Kenneth Stewart, Ph.D.
Daniel Storch, M.D.
Suzanne Straebler, A.P.R.N.
Dawn Stremel, M.A., L.M.F.T.
Emel Stroup, Psy.D.
John W. Stump, M.S., L.M.F.T.
Thomas G. Suk, M.A.
Elizabeth Sunzeri, M.S.
Linnea Swanson, M.A., Psy.D.
Patricia Swanson, M.A.
Fereidoon Taghizadeh, M.D.
Bonnie L. Tardif, L.M.H.C., N.C.C., B.C.P.C.C.
Joan Tavares, M.S.W.
Ann Taylor, M.S.W.
Dawn O'Dwyer Taylor, Ph.D.
Chanel V. Tazza, L.M.H.C.
Martha H. Teater, M.A.
Clark D. Terrell, M.D.
Mark R. Thelen, Psy.D.
Norman E. Thibault, M.S., Ph.D.
Tojuana L. Thomason, Ph.D.
Paula Thomson, Psy.D.
D. Chadwick Thompson, M.A.
Susan Thorne-Devin, A.M.
Jean Eva Thumm, M.A.P.C., M.A.T., L.M.F.T., B.C.C.
James E. Tille, Ph.D., D.Min.
Jacalyn G. Tippey, Ph.D.
Saraswathi Tirumalasetty, M.D.
Jacqueline A. Torrance, M.S.
Terrence Trobaugh, M.S.
Louisa V. Troemel, Psy.D., L.M.F.T.
Susan Ullman, M.S.W.
Jennifer M. Underwood, M.S.W., L.C.S.W.
Rodney Dale Veldhuizen, M.A.
Michelle Voegels, B.S.N., M.S.N., B.C.
Wess Vogt, M.D.
R. Christopher Votolato, Psy.D.
John W. Waid, Ph.D.
Christa A. Wallis, M.A.
Dominique Walmsley, M.A.
Bhupinder Singh Waraich, M.D.
Joseph Ward, N.C.C., L.P.C. M.Ed.
Robert Ward, M.S.W.
Marilee L. M. Wasell, Ph.D.
Gannon J. Watts, L.P.C.-S., L.A.C., N.C.C., N.C.S.C., A.A.D.C., I.C.A.A.D.C.
Sheila R. Webster, M.A., M.S.S.A.
Burton Weiss, M.D.
Dennis V. Weiss, M.D.
Jonathan S. Weiss, M.D.
Richard Wendel, Ph.D.
Paul L. West, Ed.D.
Kris Sandra Wheatley, M.A., L.P.C., N.C.C.
Leneigh White, M.A.
Danny R. Whitehead, L.I.C.S.W.
Jean Whitinger, M.A.
Peter D. Wilk, M.D.
Vanessa Wilkinson, L.P.C.
Tim F. Willia, M.S., M.A.Ed., L.P.C.
Cathy E. Willis, M.A., L.M.F.T., C.A.D.C.
Jeffery John Wilson, M.D.
Jacquie Wilson, M.Ed.
David D. Wines, M.S.W.
Barbara A. Wirebaugh, M.S.W.
Daniel L. Wise, Ph.D.
Christina Wong, M.S.W., L.C.S.W.
Susanna Wood, M.S.W., L.C.S.W.
Linda L. Woodall, M.D.
Leoneen Woodard-Faust, M.D.
Sheryl E. Woodhouse, L.M.F.T.
Gregory J. Worthington, Psy.D.
Tanya Wozniak, M.D.
Kimberly Isaac Wright, M.A.
Peter Yamamoto, M.D.
Maria Ruiza Ang Yee, M.D.
Michael B. Zafrani, M.D.
Jafet E. Gonzalez Zakarchenco, M.D.
John Zibert, Ph.D.
Karen Zilberstein, M.S.W.
Cathi Zillmann, C.P.N.P., N.P.P.
Gerald A. Zimmerman, Ph.D.
Michele Zimmerman, M.A., P.M.H.C.N.S.-B.C.
Judith A. Zink, M.A.

Vanderbilt University REDCap Team

Paul Harris, Ph.D.
Sudah Kashyap, B.E.
Brenda Minor
Jon Scherdin, M.A.
Rob Taylor, M.A.
Janey Wang,

<= Ir al Índice

Índice analítico

Los números de página **en negrita** hacen referencia a tablas.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

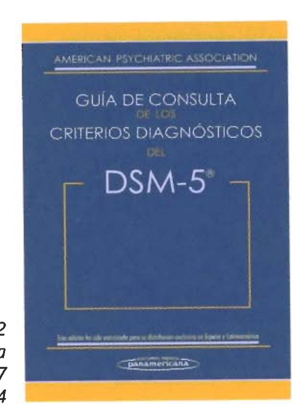
R

S

T

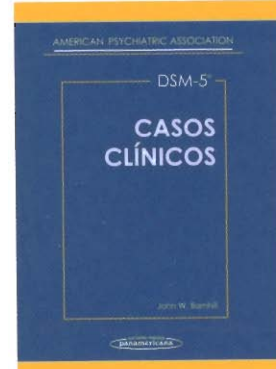
V

American Psychiatric Association
Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5®



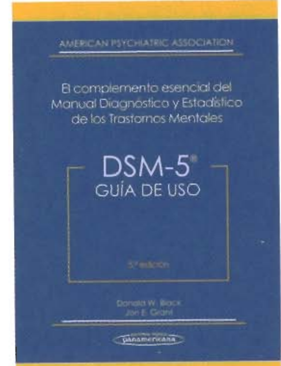
Páginas: 492
Encuadernación: Rústica
Formato: 11 x 17
© 2014

American Psychiatric Association
DSM-5®. Casos Clínicos



Páginas: 400
Encuadernación: Rústica
Formato: 17 x 24
© 2015

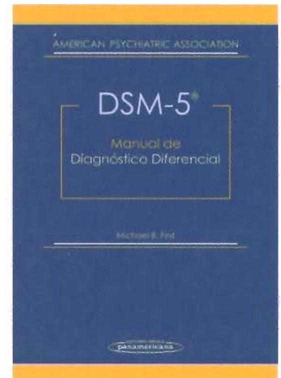
American Psychiatric Association
DSM-5®. Guía de Uso
El complemento esencial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales



Páginas: 550
Encuadernación: Rústica
Formato: 17 x 24
© 2015

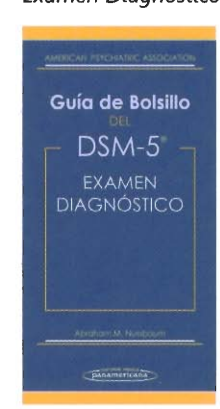


American Psychiatric Association
DSM-5®. Manual de Diagnóstico Diferencial



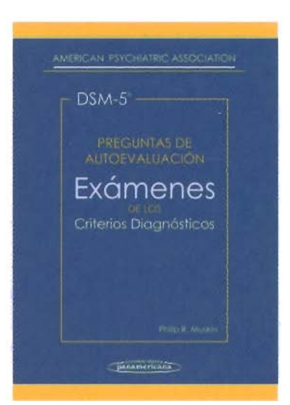
Páginas: 350
Encuadernación: Rústica
Formato: 17 x 24
© 2015

American Psychiatric Association
Guía de Bolsillo del DSM-5®
Examen Diagnóstico



Páginas: 300
Encuadernación: Rústica
Formato: 11 x 21
© 2015

American Psychiatric Association
DSM-5®. Preguntas de Autoevaluación
Exámenes de los Criterios Diagnósticos



Páginas: 480
Encuadernación: Rústica
Formato: 17 x 24
© 2015



ISBN: 978-84-9835-810-0



EDITORIAL MEDICA
panamericana